



Universidade de Lisboa  
Faculdade de Motricidade Humana



## Relatório de Estágio Profissionalizante em Psicomotricidade na Fundação “O Século”

Relatório de estágio elaborado com vista à obtenção do Grau de  
Mestre em Reabilitação Psicomotora

Orientadora: Professora Doutora Ana Cristina Guerreiro Espadinha

Júri:

Presidente:

Professora Doutora Ana Sofia Pedrosa Gomes dos Santos

Vogais:

Professora Doutora Ana Cristina Guerreiro Espadinha

Professor Doutor Adilson Passos da Costa Marques

Nuno Ricardo Farinha da Silva

2014

*“O que se faz agora com as crianças é o que elas farão depois com a sociedade.”*

**Karl Mannheim**

*“A melhor maneira de tornar as crianças boas, é torná-las felizes.”*

**Oscar Wilde**

*“As crianças têm mais necessidade de modelos do que de críticas.”*

**Joseph Joubert**

## AGRADECIMENTOS

Este trabalho foi inteiramente elaborado por mim, contudo resulta de muito apoio por parte de todas as pessoas que me rodeiam. Não posso deixar de agradecer:

À Professora Doutora Cristina Espadinha, por todo o apoio prestado ao longo do estágio e conhecimento transmitido, mostrando-se sempre disponível para ajudar em tudo o que lhe era possível e dando sempre conselhos de modo a resolver alguns dos problemas que foram surgindo. Sem o seu auxílio não seria possível a realização deste trabalho.

À diretora da *Casa das Conchas*, pela simpatia e pelo caloroso acolhimento logo desde o primeiro dia de estágio. Mostrou-se sempre uma pessoa muito disponível e com vontade de fazer mais e melhor por todos os jovens da *Casa das Conchas*.

À restante equipa da *Casa das Conchas*, pelo auxílio e colaboração ao longo deste estágio curricular, na qual incluo igualmente a minha colega Tânia.

A todas as crianças que comigo partilharam todo este processo e que me ajudaram a crescer, pela sua simpatia, simplicidade e autenticidade. Posso dizer que me deram muito mais do que eu alguma vez eu lhes poderia ter dado. Todo o trabalho e esforço feitos não chegam para compensar o carinho recebido.

À minha família por todo o esforço feito em prol da minha formação e por todo o apoio dado ao longo dos últimos anos.

À minha namorada, Anaïs, pelo apoio incondicional ao longo de todo este processo, por ouvir todas as minhas preocupações ao longo do ano, ajudando-me a encontrar estratégias para resolver alguns dos problemas que foram surgindo ao nível do estágio e por todo o suporte emocional e compreensão demonstrada.

Por fim e não menos importante, agradeço a todos os meus amigos por todo o apoio prestado e pela ajuda na elaboração do presente trabalho.

## RESUMO

O presente relatório tem como objetivo a descrição do trabalho desenvolvido durante o estágio referente ao Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais do 2.º Ciclo em Reabilitação Psicomotora, realizado no âmbito da Psicomotricidade em jovens institucionalizados.

O estágio decorreu na *Fundação O Século*, tendo sido realizada intervenção com onze crianças, com idades compreendidas entre os 6 e os 17 anos. A maioria dos jovens não apresenta um diagnóstico médico. Apenas um apresenta diagnóstico de Espinha Bífida - Mielomeningocelo, sendo este alvo de intervenção mais estruturada e regular. O processo de intervenção ocorreu em contexto de lar de acolhimento prolongado, envolvendo avaliação do desenvolvimento e intervenção psicomotora.

A intervenção foi enquadrada na associação de acordo com as necessidades da mesma e dos seus jovens.

Fazendo uma avaliação geral, conclui-se que o estágio realizado trouxe benefícios físicos, psicológicos e emocionais para a instituição e sobretudo para as crianças, bem como para o estagiário.

Palavras-chave: Psicomotricidade; Jovens Institucionalizados; Espinha Bífida; Mielomeningocelo; Avaliação; Intervenção Psicomotora; Crianças.

## ABSTRACT

This report aims to describe the work undertaken during the internship for the Branch of Deepening of Professional Abilities of the 2<sup>nd</sup> cycle in Psychomotor Rehabilitation, which was held under the Psychomotricity with institutionalized young.

The internship took place at *Fundação O Século*. The intervention was performed with eleven children, aged between 6 and 17 years. Most of the young do not present a medical diagnosis. Only one has a diagnosis of Spina Bifida - Myelomeningocele, having this young a more structured and regular intervention. The intervention process occurred in the context of extended host institution, involving assessment of the development and psychomotor intervention.

The intervention was framed in the association according to the needs of the same and their young.

Making an overall assessment, it is concluded that the internship has brought physical, psychological and emotional benefits for the institution, especially for children, as well as the trainee.

Key-words: Psychomotricity; Institutionalized Young; Spina Bifida; Myelomeningocele; Assessment; Psychomotor Intervention; Children.

# ÍNDICES

## Índice Geral

<b>AGRADECIMENTOS .....</b>	<b>II</b>
<b>RESUMO .....</b>	<b>III</b>
ABSTRACT .....	III
<b>ÍNDICES .....</b>	<b>IV</b>
Índice Geral .....	IV
Índice de Tabelas .....	V
Índice de Figuras .....	V
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>2</b>
2.1 CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO .....	2
2.1.1 Fatores de Risco   Vulnerabilidade Pessoal. ....	3
2.1.2 Resiliência. ....	4
2.1.3 Fatores de Proteção. ....	5
2.1.4 Legislação. ....	6
2.2 ESPINHA BÍFIDA .....	7
2.2.1 Tipos de Espinha Bífida. ....	8
2.3 INTERVENÇÃO PSICOMOTORA .....	13
2.3.1 Psicomotricidade e Mielomeningocelo. ....	16
<b>3 ENQUADRAMENTO INSTITUCIONAL .....</b>	<b>19</b>
3.1 DA ORIGEM À ATUALIDADE .....	19
3.2 VALÊNCIAS .....	20
3.2.1 Colônias de Férias. ....	20
3.2.2 Creche e Jardim de Infância. ....	20
3.2.3 Centro de Atividades de Tempos Livres "Mudar o Futuro". ....	21
3.2.4 Casas da Ponte. ....	21
3.2.5 Programa Integrado de Educação e Formação. ....	21
3.2.6 Take-it. ....	21
3.2.7 Relógio de Areia. ....	21
3.2.8 Estruturas de Reinserção Social. ....	22
3.2.9 Acolhimento de Emergência. ....	22
3.2.10 Apoio Domiciliário. ....	22
3.2.11 Cantina Social. ....	22
3.2.12 Cozinha d'O Século. ....	22
3.2.13 Loja Social. ....	22
3.2.14 Lavandaria, Engomadoria e Costura. ....	22
3.2.15 Turismo Social. ....	23
3.2.16 Lares de Acolhimento-Casa do Mar. ....	23
3.3 CARACTERIZAÇÃO DA CASA DAS CONCHAS .....	23
3.3.1 Enquadramento Legal. ....	24
3.3.2 Recursos Humanos. ....	24
3.3.3 Espaço Físico. ....	24
3.3.4 Materiais. ....	25
3.3.5 Serviços Prestados. ....	25
3.3.6 Acessibilidade. ....	25

3.3.7	Relação com a Família Biológica.....	26
<b>4</b>	<b>PRÁTICA PROFISSIONAL: ESTÁGIO CURRICULAR.....</b>	<b>27</b>
4.1	POPULAÇÃO APOIADA PELA CASA DAS CONCHAS.....	27
4.2	POPULAÇÃO ALVO DE INTERVENÇÃO.....	29
4.3	AVALIAÇÃO.....	30
4.3.1	Bateria Psicomotora.....	31
4.3.2	ICAFE-C.....	31
4.3.3	Checklist – Aprendizagem Estruturada de Competências Sociais.....	32
4.3.4	Condições de Avaliação.....	32
4.3.5	Resultados gerais das Avaliações.....	33
4.4	CALENDARIZAÇÃO.....	35
4.5	ESTRUTURAÇÃO DA INTERVENÇÃO E OBJETIVOS.....	36
4.5.1	Contexto de Intervenção.....	38
4.5.2	Atividades.....	38
4.5.3	Outras Atividades.....	39
4.5.4	Balanco da Intervenção.....	39
<b>5</b>	<b>ESTUDO DE CASO .....</b>	<b>41</b>
5.1	DESCRIÇÃO DO CASO .....	41
5.2	AVALIAÇÃO INICIAL.....	41
5.3	INTERVENÇÃO .....	44
5.3.1	Tipologia da Sessão.....	45
5.3.2	Contextos de intervenção.....	46
5.4	AVALIAÇÃO FINAL .....	47
5.5	BALANÇO DO ESTUDO DE CASO .....	48
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>49</b>
<b>7</b>	<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>51</b>
<b>8</b>	<b>ANEXOS.....</b>	<b>56</b>
	ANEXO A – ÁREAS/PROBLEMA IDENTIFICADAS PELOS EDUCADORES A QUASE TODOS OS JOVENS DA CASA DAS CONCHAS.....	56
	ANEXO B – CONSENTIMENTO INFORMADO PARA RECOLHA DE IMAGEM .....	57
	ANEXO C – DESENHO DO CORPO FEITO PELO JI NA AVALIAÇÃO INICIAL.....	58
	ANEXO D – ALGUMAS LETRAS ESCRITAS PELO JI NA AVALIAÇÃO INICIAL.....	58
	ANEXO E – EXEMPLO DE PLANO DE SESSÃO DE MACROMOTRICIDADE E RESPECTIVAS REFLEXÕES.....	59
	ANEXO F – EXEMPLO DE PLANO DE SESSÃO DE MICROMOTRICIDADE E RESPECTIVAS REFLEXÕES.....	65
	ANEXO G – EXEMPLOS DE OUTRAS ATIVIDADES DE MICROMOTRICIDADE REALIZADAS.....	68

## Índice de Tabelas

Tabela 1. Análise da acessibilidade das instalações da <i>Fundação O Século</i> .....	26
Tabela 2. Calendarização anual .....	27
Tabela 3. Principais áreas-problema identificadas pelos educadores.....	29
Tabela 4. Planificação Semanal .....	36
Tabela 5. Objetivos a atingir pelos grupos alvo de intervenção.....	37
Tabela 6. Plano de Intervenção do JI e Registo dos Objetivos Atingidos .....	45

## Índice de Figuras

Figura 1. Sistema Nacional de Acolhimento e Acompanhamento de crianças e jovens em situações de perigo .....	7
Figura 2. Diferentes tipos de Espinha Bífida.....	8

Figura 3. Espinha Bífida Oculta .....	9
Figura 4. Meningocele. ....	9
Figura 5. Mielomeningocele. ....	10
Figura 6. Desvios na coluna vertebral.....	13
Figura 7. Deformidades ao nível dos pés.....	13
Figura 8. Faixas Etárias dos Jovens .....	28
Figura 9. Principais Áreas-Problema sinalizadas.....	28
Figura 10. Nível de Escolaridade dos Jovens em 2012/2013.....	29
Figura 12. Tipos de <i>Perfil Psicomotor</i> dos jovens .....	33
Figura 13. Resultados ICAFE-C: Número de jovens que apresenta as dificuldades analisadas .....	34
Figura 14. Resultados Checklist – Aprendizagem Estruturada de Competências Sociais: Número de jovens que apresenta as dificuldades analisadas .....	35
Figura 15. Perfil Psicomotor do JI .....	44
Figura 16. Perfil Psicomotor – Comparação da Avaliação Inicial e Final do Estudo de caso .....	48

# 1 INTRODUÇÃO

O presente relatório refere-se ao Estágio Profissionalizante do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais (RACP), no âmbito do Mestrado em Reabilitação Psicomotora. Este estágio teve como objetivos gerais:

- Estimular o domínio do conhecimento aprofundado no âmbito da Reabilitação Psicomotora (dirigida às pessoas com situações de deficiência, perturbações e desordens/distúrbios), nas suas vertentes científicas e metodológica, promovendo uma competência reflexiva multidisciplinar;
- Desenvolver a capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços e/ou programas de Reabilitação Psicomotora, nos diferentes contextos e domínios de Intervenção;
- Desenvolver a capacidade para prestar um contributo inovador na conceção e implementação de novos conhecimentos e novas práticas, bem como no desenvolvimento de novas perspetivas profissionais e políticas, visando o desenvolvimento do enquadramento profissional e científico da área.

O estágio realizou-se na área da Psicomotricidade e jovens institucionalizados e teve lugar na *Fundação O Século*, sendo a orientadora da Faculdade de Motricidade Humana (FMH) a Professora Doutora Cristina Espadinha e a orientadora local a Psicóloga a diretora técnica da *Casa das Conchas*.

Este trabalho encontra-se dividido em duas partes. A primeira constitui-se pelo *Enquadramento da Prática Profissional*, onde é apresentada uma breve revisão da literatura, abordando-se os grandes temas centrais do estágio: por um lado aborda-se o tema das crianças e jovens institucionalizados (dado que as crianças que foram alvo de intervenção se encontram nessa situação) e algumas questões relacionadas com uma deficiência motora em particular, a Espinha Bífida (uma vez que o jovem alvo de intervenção ao nível do estudo de caso apresenta este diagnóstico) e por outro, a Psicomotricidade e a Espinha Bífida - Mielomeningocelo, onde se tentou estabelecer uma relação entre ambas.

Segue-se, ainda, o enquadramento legal e institucional, onde são referidas todas as valências existentes.

A segunda parte é constituída pela *Realização da Prática Profissional*, em que se apresenta o horário do estágio, a calendarização das atividades, a caracterização da população apoiada, os objetivos e atividades e os contextos de intervenção, bem como outras questões relevantes para a organização geral do estágio.

Seguidamente relata-se todo o processo de intervenção, que ocorreu com um dos jovens da *Casa das Conchas*, através da apresentação de um estudo de caso.

Por fim, são enunciadas algumas conclusões, onde estão ainda referenciadas algumas das dificuldades sentidas ao longo de todo o estágio.



## 2 Revisão da Literatura

No que diz respeito à parte de enquadramento teórico deste trabalho, decidiu-se que seria conveniente começar com conceitos gerais e indo cada vez mais ao encontro das especificidades da intervenção realizada. Neste capítulo tentar-se-á fazer uma revisão da literatura pertinente para a instituição em causa e para os casos apoiados. Numa fase final surgirão referências à problemática do jovem do estudo de caso, servindo estas como base para a intervenção com este mesmo jovem.

Começaremos com uma parte geral dedicada aos jovens em risco, abordando as questões relacionadas com os fatores de risco, de proteção e resiliência. Abordaremos igualmente algumas questões relativas à legislação, terminando com uma revisão sobre a Espinha Bífida.

### 2.1 Crianças e Jovens em Risco

Visto que todas a população-alvo da *Casa das Conchas*, da *Fundação O Século é* considerada como “de risco”, achou-se pertinente começar-se por este ponto, de modo a perceber algumas das especificidades desta população.

Podemos então começar por referir que “*Crianças e jovens em risco*” é uma expressão utilizada para definir um grupo que tem uma probabilidade elevada de apresentar um padrão de desenvolvimento problemático ou indesejado, segundo um ou diversos parâmetros (Poletto e Koller, 2008; Fonseca, 2004). Assim sendo, pode-se dizer que uma criança ou jovem está em risco, quando “partilha com um grupo uma determinada probabilidade de ocorrência futura de um determinado acontecimento ou de uma determinada evolução que é superior à probabilidade da população em geral” (Fonseca, 2004, p.14). Podemos então afirmar que, segundo o autor supracitado, uma criança exposta a violência na família terá maiores probabilidades de futuramente apresentar esses comportamentos.

Para Poletto e Koller (2008) o termo aqui referido deve ser utilizado nos casos em que a criança está exposta a riscos psicossociais que possam comprometer todo o seu desenvolvimento (e.g. violência familiar, doença mental de um dos pais, negligência). Ainda para estes autores a exposição do jovem a estes fatores pode acentuar a vulnerabilidade da mesma, potencializando conseqüentemente situações de risco ou mesmo impossibilitando que os indivíduos respondam de forma satisfatória ao stress.

Por outro lado, sabe-se ainda que uma criança que reprovou várias vezes, logo nos primeiros anos de escola, tem maiores probabilidades de, anos mais tarde, abandonar os estudos sem qualquer qualificação profissional, isso não garante que ela vai, necessariamente, seguir esse percurso (Fonseca, 2004). De facto, há muitos indivíduos que seguem esse percurso de fracasso contínuo, mas também existem outros que, depois de várias repetências, prosseguem uma escolaridade e uma via profissional inteiramente satisfatória (Simões, 2012). Conclui-se então que quando nos situamos ao nível do indivíduo, temos que considerar vários outros fatores próprios de cada caso, como por exemplo, os efeitos de uma intervenção, das mudanças na família, da existência de fatores de proteção, entre outros, que podem mudar o rumo de cada um. Naturalmente, isso dificulta o estabelecimento de uma relação causal entre um determinado fator de risco e um determinado resultado que se manifestará a médio ou a longo prazo (Fonseca, 2004).

Segundo Fonseca (2004), o indivíduo em risco é aquele que ainda não atingiu ou desenvolveu uma condição indesejada (e.g. a delinquência juvenil), mas apenas tem, em

comparação com o grupo a que pertence, uma maior probabilidade de atingir, futuramente, essa condição. Considerar esta perspectiva temporal no estudo de crianças e jovens em risco pode ter importantes implicações práticas, uma vez que, aponta para programas de prevenção centrados sobre acontecimentos que podem atuar como fatores causais no desenvolvimento dum comportamento inadequado do indivíduo. Estes fatores podem ter diferentes expressões em diferentes fases da vida ou em diferentes contextos (e.g. pertencer a um bando delinquente na adolescência pode constituir um importante fator de risco de criminalidade no jovem adulto).

Segundo Sapienza e Pedromônico (2005) e Fonseca (2004), os indivíduos que se encontram em risco num determinado domínio (e.g. violência), também se encontram, quase sempre, em risco noutros domínios (e.g. abandono escolar, roubo...). Assim sendo, é esse grupo, com múltiplos problemas, que, mais tarde, enfrentará maiores dificuldades no seu processo de desenvolvimento e na sua inserção social.

Segundo esta definição, podemos igualmente concluir que todos estamos mais ou menos em risco. Para Fonseca (2004) o problema é saber a partir de que limiar se pode dizer que as probabilidades de uma evolução indesejável se tornam clinicamente ou socialmente significativas e quais os fatores ou dinâmicas diretamente responsáveis por essa evolução. A resposta a essa questão não é fácil, pois há neste domínio grandes diferenças individuais a serem consideradas. Segundo o autor supra mencionado, há um grupo de elevado risco que inclui crianças e jovens que apresentam vários antecedentes de risco, bem como diversos fatores ou condições de risco; um grupo de risco moderado, ou seja, aqueles que apresentam apenas alguns antecedentes e alguns fatores de risco; e um grupo de pouco ou fraco risco, composto por aqueles que conseguem estar expostos a poucos, ou quase nenhuns riscos. As crianças e jovens do primeiro grupo serão, naturalmente, os menos numerosos mas os que têm um prognóstico mais pobre e os que causam maiores sofrimentos e prejuízos à sociedade. Em consequência, será para eles que os recursos terapêuticos, educativos e sociais devem ser maioritariamente canalizados (Fonseca, 2004).

Segundo ainda o mesmo autor, a Psicopatologia do Desenvolvimento refere que certas características que numa determinada fase do desenvolvimento do indivíduo ou num determinado contexto são indicadores de risco, noutras fases poderão não o ser. Do mesmo modo, os critérios de definição de crianças e jovens em risco podem oscilar em função de variáveis de natureza cultural ou social.

Seguidamente iremos referenciar algumas questões pertinentes, em termos teóricos, que justificam a abordagem profissional que foi realizada. Abordaremos questões relacionadas com os fatores negativos que podem influenciar o percurso de vida dos jovens, no ponto 2.1.1, onde serão referidos alguns dos fatores de risco a que muitos dos jovens da *Fundação* foram ou são submetidos diariamente. É importante abordarmos esta questão de modo a conhecer quais são estes fatores, de modo a minimizá-los e se possível eliminá-los da vida dos jovens.

### **2.1.1 Fatores de Risco | Vulnerabilidade Pessoal.**

Tornou-se fundamental abordar este tópico, uma vez que é de extrema importância que todos os profissionais estejam a par dos *fatores de risco* que rodeiam os jovens, sobretudo daqueles que se encontram na situação da população-alvo deste estudo, de modo a orientarem a sua intervenção no sentido de os minimizar, levando a alteração dos seus comportamentos.

O termo *risco* refere-se a uma relação estatística entre dois fenómenos (e.g. a relação entre a hiperatividade na infância e o consumo de drogas na adolescência ou a criminalidade na vida adulta). Assim sendo, o conceito de *fator de risco* designa todo e qualquer evento, situação, condição ou característica da criança ou do adolescente, como

ter um temperamento difícil que aumenta com a probabilidade de ocorrência de outro fenómeno como é o caso de uma perturbação mental (Poletto e Koller, 2008; Sapienza e Pedromônico, 2005; Fonseca, 2004).

Conclui-se então que os *fatores de risco* precedem os comportamentos. Como muitas vezes a eliminação dos primeiros se traduz numa redução da probabilidade de ocorrência ou na diminuição da intensidade dos segundos, assume-se que pode haver entre os dois uma relação de causalidade (Poletto e Koller, 2008).

As variáveis em cima referidas podem ser de natureza situacional (e.g. falta de apoios da comunidade), familiar (e.g. falta de competências educativas dos pais), individual (e.g. impulsividade) ou uma combinação de diversas categorias (Fonseca, 2004; Poletto e Koller, 2008). Esses fatores podem ainda ser de origem biológica (e.g. défices neurológicos) ou de natureza social ou histórica (e.g. nascer e viver os primeiros anos num país em guerra). Além disso, os *fatores de risco* podem variar em função do problema que se quiser explicar ou prevenir como pode ser o caso de insucesso escolar ou mesmo doenças sexualmente transmissíveis (Fonseca, 2004).

Os efeitos dos *fatores de risco* podem exercer-se, de duas maneiras, uma mais direta, como acontece no caso dos pais com certas formas de psicopatologia grave, aumentando assim a probabilidade de os filhos virem a apresentar problemas graves de saúde mental (Fonseca, 2004). Noutros casos, esse efeito pode surgir de forma mais indireta, como é o caso da relação entre temperamento difícil da criança e a criminalidade. Noutros casos ainda, um mesmo fator pode ter um efeito direto numa fase da vida e um efeito apenas indireto noutra (Sierra e Mesquita, 2006).

Associado ao conceito de *fatores de risco*, encontramos, frequentemente, um outro conceito, o de *vulnerabilidade*. Este define-se como a suscetibilidade intrínseca ou psicossocial para uma evolução negativa ou problemática do indivíduo (Fonseca, 2004; Simões, 2012). Segundo Simões (2012) este termo deve ser utilizado, quando uma trajetória que era adaptada anteriormente é alterada para uma com menor probabilidade de consequências adaptativas.

Importa ainda referir que existem indicações de que o efeito de um determinado *fator de risco* não será o mesmo nas diferentes fases de desenvolvimento do indivíduo (Fonseca, 2004). Assim, as experiências de vida negativas ocorridas cedo na infância (e.g. privação materna) parece afetar mais profundamente o desenvolvimento dos sujeitos do que as que ocorrem mais tarde na adolescência. Além disso, numa determinada característica do indivíduo pode tanto servir de fator de risco como de fator de proteção, dependendo isso da variável ou do critério utilizado (Fonseca, 2004).

Finalmente, é fundamental destacar que mesmo as crianças em situação de grande vulnerabilidade (biológica, psicológica ou social) podem atingir níveis de desenvolvimento ou de adaptação normais em vários domínios. Existem indivíduos criados em circunstâncias muito adversas (e.g. indivíduos que foram expostos a circunstâncias traumáticas) que tiveram uma evolução inteiramente positiva ou favorável. Recorrentemente utilizamos os conceitos de *fatores de proteção* e de *resiliência* para definir estes casos (Simões, Matos, Ferreira e Tomé, 2010).

### **2.1.2 Resiliência.**

Visto que alguns dos jovens da *Fundação* têm um percurso de vida considerado *típico*, apesar de todas as adversidades por que passaram, tornou-se necessário e fundamental abordar o tema da resiliência, de modo a perceber o que poderá esta por trás deste 'sucesso'.

O conceito de *resiliência* baseia-se no facto de certos indivíduos parecerem mais facilmente imunes à adversidade, à privação e ao stress do que as outras pessoas do

seu meio (Fonseca, 2004; Simões et al., 2010). Sabe-se que embora as crianças criadas por famílias de risco, com infâncias marcadas por extrema violência, abuso de álcool ou criminalidade tenham grandes probabilidades de apresentar, mais tarde, uma evolução caracterizada pela violência, alcoolismo, roubo, toxicodependência ou por várias outras formas de conduta desviante, muitas delas acabam por tornar-se, mesmo assim, cidadãos saudáveis e até exemplares (Fonseca, 2004; Monteiro, Azevedo, Sobreiro e Constantino, 2012). Falamos, então, de *resiliência*.

Entre as características individuais habitualmente incluídas sob este conceito encontram-se as boas capacidades intelectuais, o ter uma boa autoestima, o encarar a vida de maneira positiva, o ter um temperamento dócil ou fácil, a capacidade de antecipar as consequências dos seus próprios atos, a facilidade de relacionamento com os outros, a tendência de encarar de maneira positiva as experiências frustrantes ou negativas e, quase sempre, uma grande flexibilidade ou capacidade de se adaptar às diferentes situações (Fonseca, 2004). Os indivíduos com estas ou outras características semelhantes são considerados como *resilientes*. Esta maior ou menor resistência ao risco não constitui, necessariamente, um traço de personalidade estável ao longo da vida, mas deve ser antes conceptualizada como um processo de desenvolvimento interpessoal que, aos poucos, se foi estabilizando (Fonseca, 2004).

### 2.1.3 Fatores de Proteção.

Muitas vezes encontramos associado ao conceito de *resiliência* o conceito de *fatores de proteção* sendo que este último é visto como o extremo oposto dos *fatores de risco* numa dimensão contínua (e.g. ser mais inteligente, menos inteligente). Mas eles podem, igualmente, ser operacionalizados em termos de uma interação que modifica a experiência que um indivíduo tem dos riscos a que está exposto (Simões et al., 2010). Tomemos como exemplo a adoção de crianças, sendo que esta pode ser benéfica, no caso de a família de origem ser de alto risco (Fonseca, 2004).

Pode-se então afirmar que a distinção entre *fatores de risco* e *fatores de proteção* nem sempre é fácil. No ano de 1995, autores como Masten e Coatsworth referiram e defenderam que uma determinada variável ou característica pode constituir um fator de risco num determinado contexto, deixar de o ser noutro contexto ou mesmo ser um fator de proteção num contexto diferente ou noutra fase do desenvolvimento do indivíduo (Fonseca, 2004).

Verifica-se igualmente que os *fatores de proteção* para este autor são de natureza muito diversa:

- Predisposições genéticas;
- Temperamento 'fácil' ou inibido;
- Adaptação flexível das fronteiras do eu;
- QI acima da média e capacidade de planeamento mental realista;
- Vínculo seguro à mãe ou outra pessoa de referência, dentro ou fora da família;
- Estabilidade emocional, supervisão e consistência no desenvolvimento da criança;
- Condições adversas relativas aos pais ou outros adultos que funcionem como modelos de resiliência;
- Apoio social dos adultos, amigos e futuros companheiros não-delinquentes;
- Aproveitamento escolar e compromisso com os valores e normas da escola;
- Boas relações sociais;
- Experiências de autoeficácia em atividades não delinquentes;
- Esquemas mentais, crenças e processamento de informação de carácter não-agressivo;
- Experiências de estruturação e atribuição de significado à sua própria existência;

- Vizinhança socialmente integrada e não carenciada ou desfavorecida.

Naturalmente, a lista e a hierarquização desses fatores variará em função do tipo de problema que é considerado, embora possam haver fatores de risco comuns a diversas patologias ou formas de inadaptação social. Além disso, a influência é exercida, muitas vezes, de modo indireto (Fonseca, 2004).

No ponto seguinte iremos abordar algumas questões relacionadas com a legislação que rege o funcionamento dos lares de acolhimento em Portugal, visto tornar-se pertinente para o processo de estágio conhecer algumas destas informações, como é o caso do tempo de permanência dos jovens em meio institucional.

#### **2.1.4 Legislação.**

Ao chegar a uma instituição como a *Fundação O Século*, é impossível alhearmo-nos de todas as questões legais que regulamentam a sua atividade e participação social. Assim sendo achou-se que seria benéfico abordar-se esta questão, para se perceberem algumas das questões legais que envolvem o acolhimento institucional.

Desde 1986 que em Portugal se pode constatar que “os lares são equipamentos sociais que têm por finalidade o acolhimento de crianças e jovens proporcionando-lhes estruturas de vida tão aproximadas quanto possível às das suas famílias, com vista ao seu desenvolvimento físico, intelectual e moral e à sua inserção na sociedade” (art.º 2 da Lei n.º 2/1986). Estas instituições, tradicionalmente chamadas de orfanatos (embora a orfandade nem sempre seja real), acolhem crianças desprovidas de um meio sociofamiliar favorável.

O Sistema Nacional de Solidariedade Social, na dependência do Ministério de Trabalho e Solidariedade, é o responsável pela implementação do sistema Nacional de Acolhimento e Acompanhamento de Crianças e Jovens em Situação de Risco (Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco-CNPCJR, 2000).

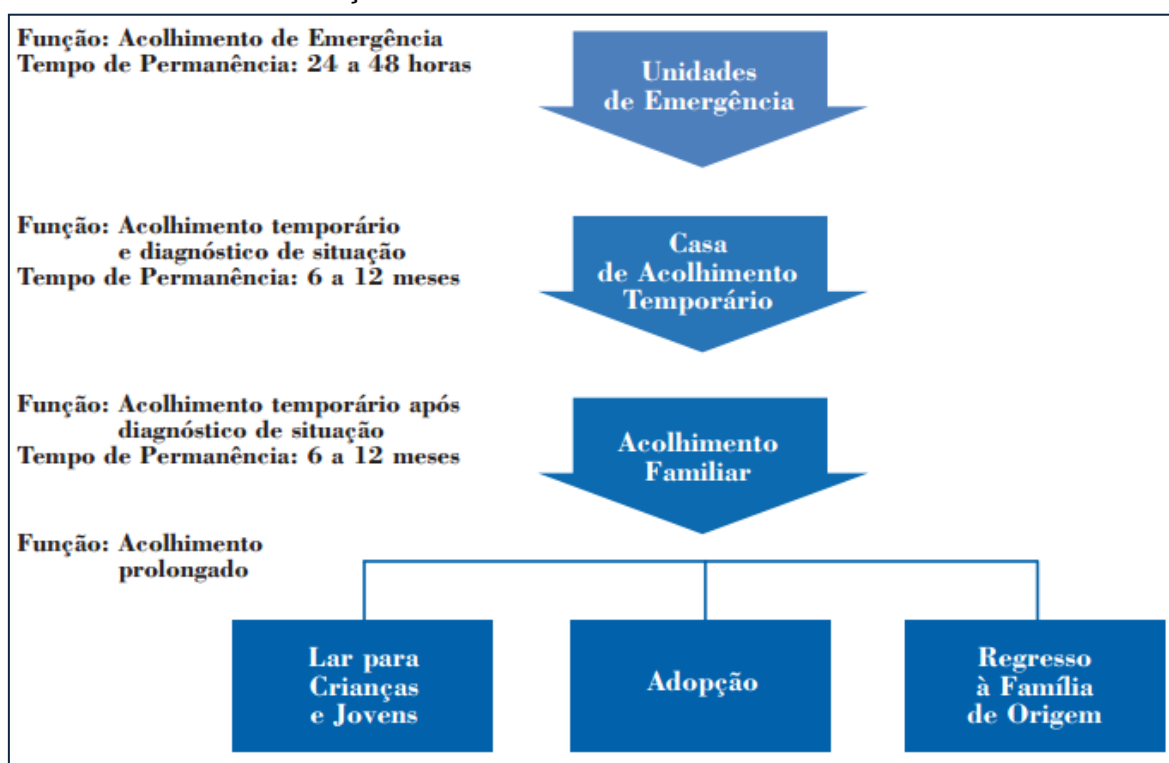
Segundo ainda o CNPCJR (2000), dependendo das necessidades que se deparam na análise de cada situação problemática, esse sistema estrutura-se em três tipos de respostas (Figura1):

- Acolhimento de emergência de crianças e jovens em situação de perigo eminente por um período que não exceda as quarenta e oito horas. A Lei prevê que as Instituições de Acolhimento Permanente reservem vagas para responder a este tipo de casos, constituindo aquilo que se designa por unidade de emergência;
- Acolhimento temporário, destinado ao acolhimento de crianças e jovens em que é diagnosticada a necessidade de afastamento temporário das famílias de origem, sendo este acolhimento por períodos não superiores a seis meses. Nesta situação a Lei prevê a colocação dos jovens em famílias de acolhimento;
- Acolhimento de longa duração, que se destina a crianças e jovens desprovidas de meio familiar ou cuja situação problemática justifique o afastamento definitivo em relação às famílias de origem. Neste caso, existem como respostas sociais os lares ou a adoção. É ainda de referir que, mesmo após o afastamento temporário, a criança ou o jovem poderá regressar à família de origem se os técnicos entenderem que a situação problemática foi ultrapassada e é a melhor solução para a criança ou jovem.

As respostas em *Acolhimento de Longa Duração* devem ser consideradas um último recurso, depois de esgotadas todas as possibilidades. Propõe a Lei que os Lares funcionem em regime aberto e pretende-se que sejam organizados em unidades que favoreçam uma relação afetiva do tipo familiar, uma vida diária personalizada e a integração na comunidade (CNPCJR, 2000).

Os Lares de Acolhimento correspondem, também, a uma das medidas de promoção e proteção das crianças e jovens em perigo, preconizadas no art.º 35 da Lei n.º 147/1999:

- Apoio junto dos pais;
- Apoio junto de outro familiar;
- Confiança a pessoa idónea;
- Apoio para autonomia de vida;
- Acolhimento familiar;
- Acolhimento em Instituição.



**Figura 1. Sistema Nacional de Acolhimento e Acompanhamento de crianças e jovens em situações de perigo (CNPCJR, 2000, p.15)**

Nesta legislação, o “Acolhimento em instituição” (art.º 49) apresenta-se como o último recurso a adotar, sendo definido como “a colocação da criança ou jovem aos cuidados de uma entidade que disponha de instalações e equipamentos de acolhimento permanente de uma equipa técnica que lhes garantam os cuidados adequados às necessidades e lhes proporcionem condições que permitam a sua educação, bem-estar e desenvolvimento integral”.

Atualmente ainda existe, nas Instituições de Acolhimento uma grande lentidão ao nível dos sistemas de adoção (Amado, Limão, Pacheco e Ribeiro, 2003).

As iniciativas de acolhimento, quase sempre privadas, mantiveram-se e multiplicaram-se em todos os países ocidentais, e os *Lares de Acolhimento* são hoje, ainda, uma realidade que não pode ser ignorada tendo em conta as suas vertentes social e educativa (Amado et al., 2003).

## 2.2 Espinha Bífida

Como foi referido anteriormente, o jovem que irá fazer parte do estudo de caso apresenta um diagnóstico de Espinha Bífida-Mielomeningocelo. De modo a perceber melhor esta

problemática mostrou-se necessária alguma pesquisa teórica a este nível, para se poder realizar uma intervenção que fosse ao encontro das necessidades do indivíduo.

A espinha bífida caracteriza-se como uma malformação congénita, que resulta de um problema ao nível do fechamento do tubo neural, envolvendo tecidos sobrejacentes à espinhal medula, arco vertebral, músculos dorsais e pele. Esta problemática apresenta-se como sendo responsável por 75% das malformações do tubo neural (Dahlstrand, Sundholm e Hedström, 2012; Gaiva, Neves e Siqueira, 2009).

Este não fechamento total ocorre no primeiro mês de gravidez e engloba uma série de malformações (Gaiva et al., 2009), ou seja, o bebé já nasce com esta patologia, não a adquire mais tarde durante o seu desenvolvimento (Associação Spina Bífida e Hidrocefalia de Portugal-ASBIHP, 2004).

Importa referir que esta mesma patologia produz defeitos de graus variáveis, podendo afetar todo o comprimento do tubo neural ou limitar-se a uma pequena área (Christofolletti, Bela, Turolla, Serradilha, Oliani e Quadros, 2007).

### 2.2.1 Tipos de Espinha Bífida.

A espinha bífida é normalmente classificada em espinha bífida oculta e espinha bífida cística, sendo as duas formas principais, desta última, o meningocele e o mielomeningocele (figura 2). O tipo mais conhecido pela população em geral é o mielomeningocele, na qual há uma protusão cística contendo tecido nervoso exposto não coberto por pele, sendo que o mais comum é o oculto, contudo raramente este é diagnosticado, por não apresentar grandes problemas ao indivíduo (Christofolletti et al. 2007; ASBIHP, 2004). Esta pode evoluir de forma assintomática, durante toda a vida (Aguilar et al., 2003).

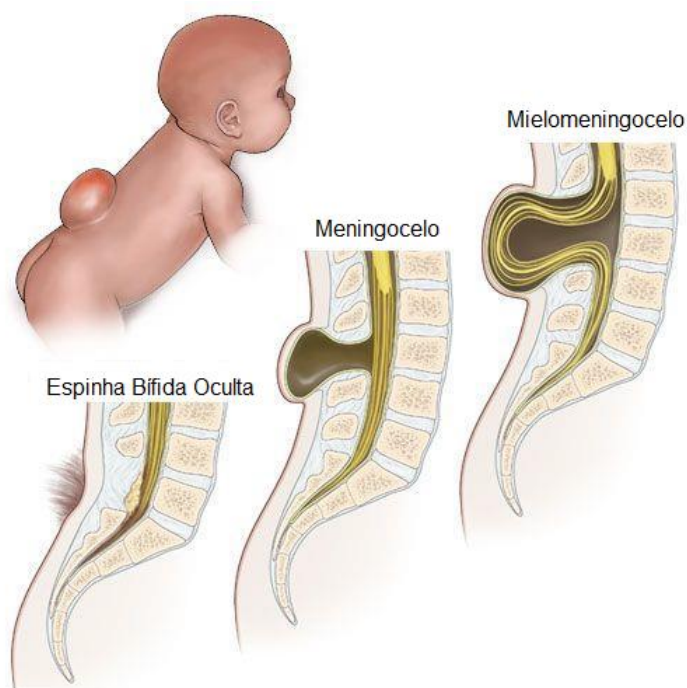


Figura 2. Diferentes tipos de Espinha Bífida (Carrilho, 2013, p. 55)

#### Espinha Bífida Oculta

Para alguns autores, a espinha bífida oculta, também denominada por disrafismo espinhal oculto, é a mais comum e a mais benigna. Esta não é sempre diagnosticada em

criança, uma vez que não há formação de cistos e o defeito do tubo neural é recoberto por pele (figura 3). Normalmente esta apenas é detetada quando se verifica uma anomalia na pele, denominada por estigma cutâneo (e.g. bolas de gordura, pequenos buracos na pele, pequenas veias fora do comum, abundância de pilosidade) (Sociedade Brasileira de Neurocirurgia Pediátrica-SBNPed, 2011).

Este tipo de Espinha Bífida resulta de um incompleto encerramento do tubo neural por volta do 20.<sup>o</sup> dia de gestação e normalmente as ecografias pré-natais não a deteta. O indivíduo pode assim não ter qualquer problema ao longo da sua vida e nunca vir a saber da sua condição, tal como referimos anteriormente, exceto se fizer um Raio-X à sua coluna (ASBIHP, 2004).

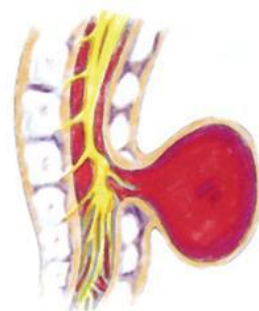


**Figura 3. Espinha Bífida Oculta (Soares, 2012, p. 37)**

### **Meningocelo**

Esta malformação pode localizar-se ao nível anterior ou posterior da coluna vertebral. O meningocele posterior caracteriza-se por um saco constituído pela dura mater e Líquido Céfalo Raquidiano (figura 4). Os locais mais comuns de surgimento são na região lombosagradas, cervical ou lombar. Este tipo de Espinha Bífida é considerado um fenómeno raro, no que diz respeito à sua ocorrência (ASBIHP, 2004).

Neste subtipo as raízes nervosas não estão, em geral, muito lesadas e estão aptas a funcionar, por isso, normalmente, existem muito poucos sinais de deficiência. Por outras palavras, a lesão está recoberta por pele e dentro do cisto não existe tecido nervoso malformado, estando as raízes nervosas intactas e livres no seu interior (SBNPed, 2011).



**Figura 4. Meningocelo (Soares, 2012, p. 37).**

### **Mielomeningocelo**

Como referimos anteriormente, o jovem que integrou o estudo de caso do presente trabalho tem um diagnóstico de Mielomeningocelo, sendo que foi igualmente importante referir os outros tipos de Espinha Bífida, uma vez que muitos dos problemas apontados



surgem igualmente neste tipo, contudo a nossa atenção deverá centrar-se mais nesta última tipologia.

Este tipo de Espinha Bífida traduz-se numa forma quística (figura 5), em que há uma protusão externa em forma de saco, que contem as meninges, medula e raízes espinhais ou cauda equina (ASBIHP, 2004).

O Mielomeningocelo resulta de uma falha no encerramento do tubo neural entre o 20.º e o 26.º dia de gestação, sendo que é a forma mais grave de Espinha Bífida, com a malformação mais extensa, que geralmente afeta os tecidos e os nervos, podendo formar-se um meningocelo com alterações da própria medula ou da cauda equina (ASBIHP, 2004; Christofolletti et al., 2007).

Normalmente, o Mielomeningocelo, está associado a outras deficiências como é o caso da paralisia cerebral, epilepsia, dificuldades intelectuais e desenvolvimentais e problemas de ordem visual e pode ainda provocar hidrocefalia (Christofolletti et al., 2007).

Segundo outros autores esta lesão pode surgir frequentemente na região lombo-sagrada e existem duas formas de Mielomeningocelo (Andrade, Nomura, Barini, Marucci e Ciurcio, 2010)

- Aberta ou ulcerada: quando a medula se encontra desprotegida por rompimento de membrana havendo saída do líquido.
- Fechada: quando a medula está coberta por pele.

Em geral, uma criança que sofra deste tipo de Espinha Bífida pode encontra-se incapacitada. Sempre que as raízes dos nervos lombo-sacrais estão envolvidos, é frequente ocorrerem graus variáveis de paralisia abaixo do nível envolvido. Por vezes, as pernas ficam parcial ou totalmente paralisadas; são habituais a luxação da anca e outras deformações dos membros inferiores e mal posicionamento dos pés. A sensibilidade do indivíduo pode igualmente ser prejudicada provocando ausência de sensação, de pressão, fricção, podendo dar origem a ferimentos nos pés. Verifica-se ainda dificuldades ao nível do sistema urinário e fecal e pode geralmente surgir associada a uma hidrocefalia (Siqueira, Lopes, Zuccon, Farcetta e Viollante, 2011).

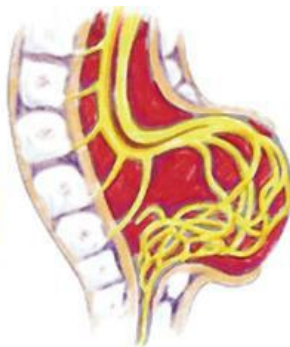


Figura 5. Mielomeningocelo (Soares, 2012, p. 38).

### Causas

Hoje em dia não se pode atribuir uma causa única a este problema. Dentro da investigação parte dos autores destaca a importância dos fatores genéticos e ambientais, que levam à origem de malformações (Lopez-Camelo et al., 2005). Uma causa muito prevalente é a deficiência de folato, forma natural de ácido fólico (Lopez-Camelo et al., 2005), como outras relações existem ainda os diabetes materno, deficiência de zinco e ingestão de álcool durante os primeiros três meses de gravidez (Gaiva et al., 2009).

Numa análise à importância do ácido fólico, foram feitos vários estudos de prevenção que se demonstraram um verdadeiro sucesso pelos resultados obtidos. Os valores dessa investigação demonstraram que na década de 1990, a vitamina B/ácido fólico, sendo a

sua forma sintética apresentada como ácido fólico, mostrou ser eficaz para ajudar a prevenir as primeiras ocorrências de ter um bebê com deficiências no tubo neural e a probabilidade de ter um segundo bebê com a doença, baixaram até cerca de 70% dos casos (SACNF, 2006).

Relativamente às questões hereditárias, a presença de um familiar com Espinha Bífida aumenta o risco de vir a ter um bebê com o mesmo problema, bem como se na gravidez surgir um filho com o problema as probabilidades de um segundo filho vir a ter os mesmos problemas é maior (ASBIHP, 2004; Mitchell et al., 2004). Fatores relacionados com a idade, quer sejam idades jovens ou idades mais avançadas, são fatores de risco também a ter em atenção (Soares, 2012; Mitchell et al., 2004).

Numa análise à janela de tempo onde ocorre a formação do tubo neural a maioria das anomalias congénitas do Sistema Nervoso Central resultam de uma falha no encerramento deste tubo entre a 3.<sup>a</sup> e 4.<sup>a</sup> semana de desenvolvimento intrauterino. Logo, face à sensibilidade do período de formação, inúmeros fatores como são descritos por Gaiva et al. (2009), incluindo radiação, drogas, má nutrição, substâncias químicas e determinantes genéticos, podem afetar de forma negativa o desenvolvimento normal do Sistema Nervoso Central desde o momento da concepção. Estes fatores são pouco específicos desta patologia, no entanto têm uma relação causal possível.

Uma outra questão pertinente são as interações medicamentosas que podem existir durante a gravidez. Até à data a mais grave relação encontrada foi a um antiepiléptico (ácido valpróico) que mostrou ser um fator importante de risco, uma vez que aumentou entre 25 a 30 vezes mais o risco de vir a ter uma criança com Espinha Bífida, quando comparados com a restante população (Gaiva et al., 2009).

## **Diagnóstico**

O diagnóstico nesta patologia é um fator muito importante de atuação ao problema, sendo que na maioria dos casos a espinha bífida é diagnosticada ainda antes do nascimento: fase pré-natal (Ghi et al., 2006; NINDS, 2013). Alguns casos, menos graves, chegam apenas a ser detetados após o nascimento (fase pós-natal). Outras formas muito leves (espinha bífida oculta), em que não existe uma manifestação dos sintomas, podem até nunca chegar a ser detetados (NINDS, 2013).

A maioria dos estudos sobre o diagnóstico pré-natal de espinha bífida tem-se centrado sobre espinha bífida aberta, estando esta associada a um aumento da concentração de alfa-fetoproteína (AFP) ao nível do líquido amniótico e do soro materno (Filly et al., 1997). As técnicas de ultrassons que ajudam na deteção de sinais atípicos permitem a deteção de mal formações importantes para o diagnóstico (Garne et al., 2005).

Quando o diagnóstico apenas surge numa fase pós-natal, as técnicas manipuladas são de carácter imagiológico, estes são casos menos severos e prendem-se com o tipo de espinha bífida se é oculta/fechada (Garne et al., 2005). Logo após o nascimento registam-se formas mais graves de espinha bífida (oculta), tendo os indivíduos, muitas vezes, fraqueza muscular nos pés, pernas e quadris o que pode levar à exigência de um exame Raio-X, para se tentar perceber a origem do problema, uma vez que este não é imediatamente visível e detetável. De modo a obter uma imagem melhor os médicos podem usar ainda a ressonância magnética ou a tomografia computadorizada para obter assim uma imagem clara da medula espinal e vértebras (NINDS, 2013).

## **Tratamento**

Segundo a ASBIHP (2013), não existe nenhum tratamento comumente utilizado e padronizado para a Espinha Bífida. Atualmente sabe-se que logo após o nascimento a criança deve ser mantida em decúbito ventral e a lesão deve ser coberta com

compressas não adesivas, suavemente colocadas, embebidas em soro fisiológico, para evitar uma secagem excessiva.

Quando os médicos detetam um caso de mielomeningocelo deve efetuar-se um tratamento cirúrgico, de preferência, nas primeiras 24 horas, para diminuir o risco de infecção e preservar a função nervosa, reparando assim o defeito existente, através da remoção do saco existente nas costas do bebé. São assim minimizados futuros problemas, não sendo possível corrigir nem reparar os danos já existentes, uma vez que estes são irreversíveis. Importa ainda referir que a intervenção cirúrgica à Espinha Bífida dentro do útero materno já é possível, entre a 19.<sup>a</sup> e a 25.<sup>a</sup> semana de gestação (ASBIHP 2013; CHOP, 2011).

### **Lesões Associadas**

É fundamental para o estudo em causa referir possíveis comorbilidades, uma vez que estas poderão surgir ao longo da avaliação e devem ser consideradas aquando da elaboração do plano de intervenção e mesmo dos planos de cada sessão.

A Espinha Bífida, como referido anteriormente, tem quase sempre outras lesões associadas e estas serão tanto mais frequentes e graves quanto mais extensa e/ou alta estiver localizada a lesão (Aguiar et al., 2003; ASBIHP, 2013).

A evidência científica refere ainda que as lesões associadas são diversas: hidrocefalia, alterações neurológicas, alterações ortopédicas e alterações das funções urológicas e intestinais. Outras alterações aparecem associadas à espinha bífida como úlceras por pressão, alergia ao látex e problemas visuais (ASBIHP, 2013; Siqueira et. al., 2011; Ebert, 2011).

Destas lesões apenas iremos destacar a hidrocefalia, que é a comorbilidade que o nosso caso de estudo apresenta (mais informações no quinto capítulo deste trabalho).

Esta é talvez a lesão associada que mais surge com a Espinha Bífida, registando-se em 80% dos casos de Mielomeningocelo, caracterizando-se por um aumento da quantidade de líquido cefalorraquidiano na cavidade craniana, o que leva à dilatação dos ventrículos cerebrais (ASBIHP, 2013). Esta regista-se mesmo quando há diferenças acentuadas entre o líquido que é produzido e aquele que é absorvido pela corrente sanguínea ao nível destes mesmos ventrículos cerebrais.

As hidrocefalias surgem geralmente associadas a síndromes genéticas, defeitos de encerramento do tubo neural, malformação do tipo Arnold-Chiari (entrada para o canal vertebral de parte do tronco cerebral e do cerebelo, originando uma obstrução à livre circulação de líquido cefalorraquidiano, o que origina hidrocefalia), entre outras (ASBIHP, 2013; Ebert, 2011).

As alterações ortopédicas são de igual importância para o estudo em causa. Estas verificam-se quando se regista um desequilíbrio muscular que origina paralisias totais ou parciais e afetam essencialmente os membros inferiores, a anca e a coluna dorsal. Estas lesões podem, na maior parte dos casos, ser corrigidas com recurso a intervenções cirúrgicas (Siqueira et al., 2011).

Outras alterações ortopédicas que se verificam são ao nível da anca e podem ser as seguintes: luxação com paralisia, deformação em flexão ou deformação em rotação externa (Siqueira et al., 2011).

Ao nível da coluna vertebral podemos observar desvios na mesma, conhecidos como lordoses, cifoses e escolioses (figura 6), sendo a cifose congénita a mais grave, uma vez que impede o total encerramento da bolsa, mesmo quando há intervenção cirúrgica (Siqueira et al., 2011).

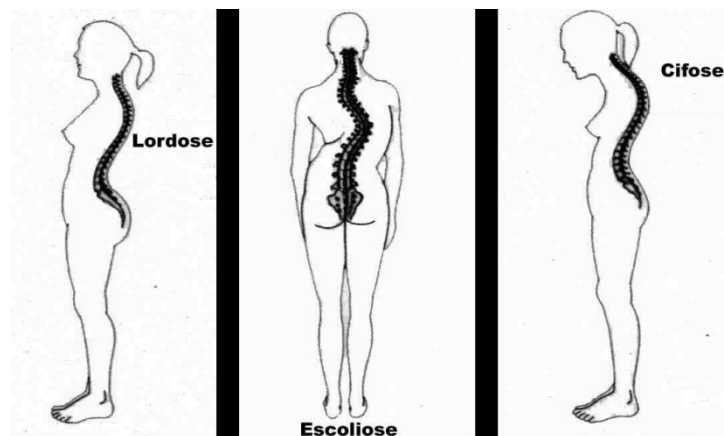


Figura 6. Desvios na coluna vertebral (Ortopedia Infantil, s/d)

Importa por último referir que as crianças com mielomeningocele apresentam quase sempre deformidades dos pés, sendo referido pela equipa de Siqueira (2011), que esta comorbidade regista-se em cerca de 75% dos indivíduos que apresentam uma lesão ao nível sacral e lombar baixo e 90% daqueles que apresentam uma lesão de nível torácico e lombar alto, sendo as mais frequentes: pé equino, pé equinovaro e pé talo (figura 7).

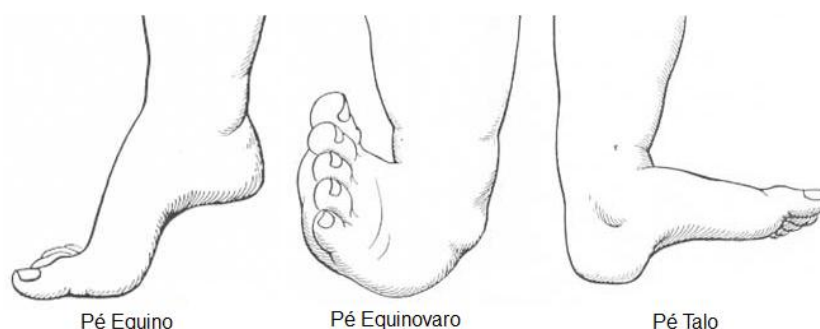


Figura 7. Deformidades ao nível dos pés (Rosa, 2002)

Verificou-se ainda, na evidência científica, que existem inúmeros outros problemas associados, contudo, devido à sua relevância para o estudo em causa foram selecionadas apenas estas problemáticas.

Nos pontos seguintes procuraremos referir as especificidades da Psicomotricidade, de modo a perceber de que forma e que esta poderá ser útil para minimizar algumas das problemáticas a cima referenciadas. Numa fase final tentaremos relacionar esta prática terapêutica com a patologia aqui apresentada, servindo esta questão como base para o trabalho desenvolvido ao nível do estudo de caso.

## 2.3 Intervenção Psicomotora

Sendo este um estágio em Psicomotricidade, é importante perceber qual o papel desta disciplina e qual a sua relevância no meio terapêutico em termos gerais.

Para Fonseca (2005), a Psicomotricidade pode ser entendida como o campo transdisciplinar que estuda e investiga as relações e influências, recíprocas e sistémicas, entre o psiquismo e a motricidade. O psiquismo integra a totalidade dos processos cognitivos, ou seja, é constituído pelas sensações, percepções, imagens, emoções, afetos, fantasmas, medos, projeções, aspirações, representações, simbolizações,

conceitualizações, ideias, construções mentais, entre outros, mas também pela complexidade dos processos relacionais e sociais. Por sua vez, a motricidade (conjunto de expressões mentais e corporais) engloba funções tónicas, posturais, somatognósicas e práxicas. Tais expressões corporais podem ser não-verbais ou verbais.

De acordo com outros autores, como Aragon, Levi, Manghi e Chediak (2001) a Psicomotricidade é uma prática disciplinar que se ocupa das perturbações e/ou alterações do corpo, como expressão da história pessoal do indivíduo. Os seus modos de integração e modalidade de ação partem do conceito de que o corpo se constrói em relação com o outro, estudando o tónus, a postura, a praxis, a linguagem, entre outras produções do corpo, assim como o seu funcionamento.

O psicomotricista surge então com o objetivo de observar e dar significado às manifestações corporais reveladas pelos pacientes, surgindo estes como sendo um excelente indicador das suas dificuldades, dado que, a cada momento, reflete não só a condição em que se encontra organizado o sistema nervoso, como expressa a própria história da sua experiência lúdica e motora, assim como do seu estado de adaptabilidade às exigências do meio. A psicomotricidade é uma conversão radical de um pensamento dicotómico sobre o corpo e mente. Hoje sabe-se que quando existe corpo existe mente e vice-versa, e é nesta perspetiva que a intervenção terapêutica surge (Fonseca, 2005)

Existe uma relação muito forte da motricidade com o desenvolvimento da organização cerebral, segundo Fonseca (2007), quando se nasce, está-se a par de uma relação inacabada entre o corpo e o cérebro onde a única via de comunicação e interação é a motricidade. O desenvolvimento desta vai proporcionar a comunicação estreita entre o centro e a periferia, assim que essa interação (corpo e cérebro) se estabelece, novas funções e capacidades se irão desenvolver.

O autor supramencionado, refere ainda que existem sete fatores psicomotores que trabalham em conjunto de forma integrada e harmoniosa, cada um dos quais realizando a sua própria contribuição para a organização psicomotora global. Estes encontram-se distribuídos pelas três unidades fundamentais de Luria e em termos ontogenéticos, a sua organização confirma também a hierarquização vertical do modelo luriano:

a) 1.<sup>a</sup> Unidade (regulação tónica de alerta e dos estados mentais):

- Tonicidade – aquisições neuromusculares, conforto tátil e integração de padrões motores antigravíticos (do nascimento aos 12 meses);
- Equilíbrio – aquisição da postura bípede, segurança gravitacional, desenvolvimento dos padrões locomotores (dos 12 meses aos 2 anos);

b) 2.<sup>a</sup> Unidade (recepção, análise e armazenamento da informação):

- Lateralização – integração sensorial, investimento emocional, desenvolvimento das perceções difusas e dos sistemas aferentes e eferentes (dos 2 aos 3 anos);
- Noção do Corpo – noção do Eu, consciencialização corporal, percepção corporal, condutas de imitação (dos 3 aos 4 anos);
- Estruturação Espaço-Temporal – desenvolvimento da atenção seletiva, do processamento da informação, coordenação espaço-corpo, proficiência da linguagem (dos 4 aos 5 anos)

c) 3.<sup>a</sup> Unidade (programação, regulação e verificação da atividade):

- Praxis Global – coordenação óculo-manual e óculo-podal, planificação motora, integração rítmica (dos 5 aos 6 anos);
- Praxis Fina – concentração, organização, especialização hemisférica (6 aos 7 anos).

No que diz respeito à intervenção, autores como Maximiano (2004), defendem que a intervenção tem que ser flexível e adaptável às características de cada sujeito, nunca

perdendo o objetivo base, que se prende com o mediar da procura, transformação e da mudança comportamental do sujeito consigo próprio e também nos diferentes contextos de ação.

Ao nível do desenvolvimento da intervenção e como instrumento mediador da atividade, a linguagem oral deverá estar presente. Esta surgirá, quer na antecipação da atividade, quer na avaliação que deve ser efetuada após a sua realização. Ao permitir que o sujeito realize uma comparação do resultado desejado com o obtido está-se a formar uma condição em que paciente poderá desenvolver a noção das suas possibilidades em relação às exigências do meio. O uso da linguagem verbal permite uma tomada de consciência, isto porque implica um distanciamento da ação através da sua representação (Martins, 2001a).

É importante ter em atenção quais as áreas que estão debilitadas na pessoa de modo a que a intervenção cumpra ao máximo um objetivo terapêutico significativo, permitindo conduzir a adaptação do indivíduo ao meio. Mesmo no caso de indivíduos que sofram de doenças mais limitativas, quer seja a nível motor ou intelectual, é possível controlar e reduzir os sintomas e, através de medidas de reabilitação, desenvolver capacidades de melhoria na sua qualidade de vida (Martins, 2001a).

O objetivo do psicomotricista deve ser, portanto, criar um espaço que conduza progressivamente o paciente ao prazer de agir, obter capacidades e de antecipar de modo a projetar-se no seu futuro. De acordo com Martins (2001a), estes serão concebidos através de uma experimentação sensoriomotora envolvendo vivências que estimulem as sensações ligadas ao movimento, a integração tónico-postural, os processos de lateralização e perceção do corpo, o domínio das condições espaço-temporais do envolvimento e por último a coordenação praxica de movimentos.

Segundo João dos Santos, o 'pai' da Saúde Mental Infantil em Portugal, as perturbações emocionais e psíquicas das crianças dependem de dois fatores essenciais: Da relação mãe-filho e do ambiente vivido em termos contextuais (Rodrigues, Gamito e Nascimento, 2001). Ao investirmos num trabalho com as crianças é indispensável procurar envolver todo um conjunto de elementos fundamentais como os prestadores de cuidados.

O tornar-se pessoa é possibilitado através do contato, do gesto de cuidar, tocar, mimar que permite à criança sentir o corpo do outro e o seu, os seus contornos, as suas sensações, podendo assim identificar-se a si e ao outro. A evolução destas mesmas relações permitirá a construção do pensamento que se organiza do sentir ao agir, do agir ao pensar, beneficiando sempre de um substrato emocional proveniente das relações significativas que integrará a forma como essa pessoa se irá relacionar com o mundo e com os outros (Rodrigues et al., 2001).

Nesta perspetiva podemos afirmar que o problema central está sobre as influências da relação, onde o plano terapêutico aponta para a reconstrução de uma falha envolvimentoal e afetiva, que não ofereceu condições para desenvolver uma relação corporal e do gesto de um modo harmonioso.

A psicomotricidade contém contributos terapêuticos importantes para a compreensão da organização psíquica, através da análise dos comportamentos. Neste sentido toda a expressão motora da criança que pode apresentar-se como mais instável ou bloqueada e mesmo a imaturidade psicomotora que muitas delas apresentam é encarada como expressão, espelho ou eco de um conflito interno (Rodrigues et al., 2001).

O corpo é veículo de expressão de tudo o que constitui o EU, fruto de vivências afetivas contínuas ou descontínuas que traduzem uma vida psíquica suficiente ou insuficientemente construída. Emoção e ação surgem indissociáveis, sendo agido tudo aquilo que é sentido pela criança, surgindo o corpo como o principal instrumento de expressão e no âmbito da psicomotricidade como principal instrumento de relação terapêutica (Rodrigues et al., 2001).

Podemos assim assumir a psicomotricidade como uma intervenção pedagógica e terapêutica através do movimento, sendo uma terapia de mediação corporal com grande influência na saúde mental dos indivíduos, preconizando uma terapia para diferentes papéis como pessoas com distúrbios emocionais, da personalidade ou da conduta. O psicomotricista compreende o agir como veículo de compreensão dos medos, das ansiedades, oferecendo um ambiente seguro e motivante, podendo, aos poucos, ir facilitando a auto-organização e transformação do pensamento, permitindo à criança obter uma melhor capacidade de *insight* em relação ao seu comportamento (Rodrigues et al., 2001).

Por fim, resta ainda referir as vertentes de Intervenção Psicomotora, podendo esta ter um caráter preventivo/profilático, educativo ou reeducativo/terapêutico (Vieira, Batista e Lapierre, 2005), tendo três focos de especial incidência: corporal, relacional e cognitivo (Fonseca, 2001; Martins, 2001b).

Pode-se então considerar que esta intervenção tem duas vertentes – a instrumental e a relacional.

Quando nos referimos a uma vertente relacional, centramo-nos normalmente na realização do jogo em âmbito simbólico, em atividades de relaxação e em atividades que permitam a contenção e a simbolização do conflito, que são exteriorizados pelo corpo e estes ao se tornarem compreensíveis e concretos, ganham um substrato passível de análise (Martins, 2008).

Por outro lado, a vertente instrumental está intimamente associada ao desenvolvimento de situações problema apelando à descoberta guiada e ao pensamento divergente, onde o terapeuta deverá evitar a demonstração. A nível instrumental o papel da verbalização é importante, na antecipação e na avaliação da atividade (interiorização da ação), sendo importante que haja a mediação cognitiva entre o estímulo e a resposta (Martins, 2008).

Importa ainda referir que os instrumentos de trabalho em Psicomotricidade são constituídos pelo próprio corpo, o espaço de relação, o espaço físico, o tempo e os ritmos das sessões e os vários objetos disponíveis. Os objetos são igualmente fundamentais pois, além de serem eficazes numa atmosfera que se quer lúdica e de jogo, podem ser vistos como prolongamentos e mediadores entre a pessoa e a relação terapêutica. (Martins, 2001b).

O psicomotricista deve criar ou possibilitar situações que o indivíduo deve resolver sozinho, não devendo imitar, mas sim analisar e raciocinar a partir da sua ação espontânea. Sempre que possível, parte-se dos centros de interesse da pessoa, dado que ela manifesta mais interesse quando se sente menos constrangida ou quando tem a impressão de escolher e de dominar o seu destino. Entre as várias atividades, deve existir também um tempo de reflexão, para obrigar o indivíduo a fazer uma representação mental, a raciocinar e a memorizar (Lagrange, 1977).

Como referido anteriormente, tentaremos no ponto seguinte estabelecer uma ponte entre a prática psicomotora e a patologia do jovem do estudo de caso.

### **2.3.1 Psicomotricidade e Mielomeningocelo.**

Praticamente toda a literatura analisada sobre a Espinha Bífida - Mielomeningocelo refere que existem grandes alterações a nível Psicomotor nos indivíduos com esta problemática. É assim fundamental que o jovem que sofra desta problemática seja acompanhado o mais cedo possível por uma equipa multidisciplinar, de modo a satisfazer as suas necessidades nos vários níveis já referidos anteriormente (Martins, 2011)

Os indivíduos com Mielomeningocelo apresentam **problemas musculares**, como referido anteriormente e isto deve-se à falta de tónus muscular (hipotonicidade). A paralisia e a debilidade dos músculos afetam a coordenação motora global, a rapidez e

força, assim como o domínio manual e o uso dos dedos. Todos estes problemas motores se refletem nas **habilidades manuais** que são necessárias por exemplo na escola. Estas dificuldades podem ser minimizadas por intermédio de intervenção psicomotora, através de atividades centradas ao nível da macromotricidade (e.g. circuitos de habilidades motoras), de modo a fortalecer algumas estruturas musculares e micromotricidade (e.g. desenhos, contorno de figuras), quando nos focamos no trabalho do domínio manual, mais fino, seguindo assim o desenvolvimento considerado normal, que é o cefalocaudal e que se processa a partir do tronco para os membros (Martins, 2011).

Continuando a referir ainda as dificuldades ao nível da praxia fina, verificou-se ainda que as crianças com mielomeningocelo apresentam igualmente resultados a nível manual mais baixos quando comparados com a restante população, apresentando **fraco tônus muscular** (hipotonicidade) e resultados significativamente mais baixos nas provas que requerem movimentos motores finos e coordenação bi-manual (Soares, 2012). Sendo a lateralização e a tonicidade dois dos fatores psicomotores referidos por Fonseca (2007), podemos constatar que o segundo é considerado por este autor como o ‘alicerce fundamental’ da Psicomotricidade. Assim a prática psicomotora, também aqui, poderá ter efeitos bastante benéficos para os indivíduos, através de, por exemplo, atividades que se centrem no correto posicionamento do corpo (treino postural) ou até mesmo métodos de relaxação mais ativos e que tenham por base o toque, para que o indivíduo possa mais facilmente aperceber-se de tensões desnecessárias, de modo a poder eliminá-las.

Martins (2011) refere ainda que os músculos posteriores do tronco são fundamentais para a mobilidade dos membros superiores e que uma das posturas fundamentais a ter em conta aquando da realização de atividades é em decúbito ventral (de barriga para baixo), uma vez que assim serão trabalhados todos os músculos das costas, da coluna vertebral e ainda os músculos escapulares. Esta postura poderá ser introduzida em pequenos circuitos onde o jovem tenha de rastejar sobre colchões, sendo benéfico ainda o próprio gatinhar e até mesmo o rolar sobre si mesmo. O simples facto de colocar o indivíduo a caminhar sobre bases instáveis (e.g. blocos colocados sobre um colchão) também poderá fortalecer os músculos referidos.

Ainda ao nível do tônus, podemos afirmar que este é igualmente fundamental para a **marcha** (Fonseca, 2007). Sendo o Mielomeningocelo uma problemática que afeta bastante este fator, ainda se torna mais urgente um trabalho ao nível de controlo tónico necessário para esta habilidade. A simples introdução de atividades que levem o indivíduo a caminhar sobre a linha média do seu corpo e todas as atividades que envolvam o ato de saltar podem ser benéficas para o indivíduo, uma vez que serão fortalecidas as massas musculares envolvidas, ao mesmo tempo que se trabalham algumas questões mais relacionadas com o equilíbrio mais dinâmico.

Verifica-se igualmente uma tendência para o ambidextrismo e esquerdismo. Alguns jovens com Mielomeningocelo demonstram alguma tendência em demorar na ‘escolha’ da sua mão dominante. Podemos então afirmar que a **dominância lateral** nas crianças tende a ser lento e possivelmente contribui para a diminuição da habilidade manual (Soares, 2012), sendo pois fundamental trabalharmos a este nível, de modo a ‘acelerar’ um pouco este processo de lateralização. Isto poderá ser atingido através de muita prática, onde o terapeuta deve orientar o indivíduo nesta sua definição de lateralidade. Após se verificar, por exemplo, qual é a mão dominante para o indivíduo, deve-se evitar ao máximo que este utilize a mão contrária para a realização das mesmas tarefas, levando a uma habituação e consistência daquela que se mostrou dominante. Por outras palavras, deveremos garantir que o que se demonstra dominante o permaneça e se possível que se torne ainda mais evidente.

Salienta-se ainda que o défice no desenvolvimento da mobilidade reduz violentamente os estímulos ambientais e as possibilidades de contato social, afetando consequentemente



todas as etapas do **desenvolvimento intelectual** da criança. É portanto necessário estimular a criança o mais cedo possível e da forma mais diversificada possível, procurando introduzir igualmente o jovem em atividades de grupo, para que este aumente o seu contato social e o seu à vontade e a sua confiança aquando da socialização (Soares, 2012).

Importa igualmente referir que a Psicomotricidade pode trazer benefícios igualmente ao nível do trabalho da **equilíbrio**, que também afeta os jovens com esta problemática. Muitas vezes o caminhar sobre uma simples linha no chão pode fazer a diferença, uma vez que este tem de cruzar os seus membros inferiores sobre a linha média do seu corpo, reduzindo assim a sua base de sustentação. O caminhar igualmente sobre superfícies irregulares, como colchões ou esponjas também poderá ser benéfico, uma vez que o obriga a reajustes posturais constantes (Fonseca, 2007).

Na criança com Mielomeningocelo salienta-se ainda a sua dificuldade ao nível da **sensibilidade cutânea**, sensações de pressão, fricção, dor, calor e frio (Martins, 2011). Estas sensações podem ser experienciadas por exemplo através de atividades do âmbito mais da relaxação criativa, que tem por base todas estas vivências das sensações e dos contrastes que se podem criar entre elas, levando o indivíduo a perceber melhor o seu corpo, identificando o que lhe causa prazer ou desconforto e quem sabe, numa fase posterior, poder relacionar essas sensações com situações vividas no seu dia-a-dia.

Os jovens com Espinha Bífida apresentam ainda uma **baixa auto estima**, muitas vezes derivado ao facto de passarem por algumas dificuldades ao nível da integração social. Atividades em grupo em que o indivíduo apresente um desempenho semelhante aos demais poderão ser benéficas para este (Soares, 2012).

Por fim, importa referir que os jovens com Espinha Bífida podem apresentar **dificuldades de aprendizagem** na 1.<sup>a</sup> infância e de **integração social** na adolescência, como referido anteriormente. Basicamente são três as origens destas dificuldades: as sequelas da hidrocefalia (associada à espinha bífida), que podem alterar as funções intelectuais; longos períodos de hospitalização, que dificulta a socialização, dificuldades de deslocação e de manipulação e conseqüentemente falta de experiências pessoais. O comportamento destas crianças pode também encontrar-se alterado, devido a algumas atitudes de pais e de educadores (Soares, 2012). É pois necessário ter em conta todas estas especificidades aquando da elaboração de todos os planos terapêuticos.

Para concluir, importa referir que apenas foram referidas algumas das problemáticas onde o trabalho do psicomotricista pode ser fundamental, existindo bastantes outras, onde este poderá ter igualmente um papel preponderante, tal como foi referido no subcapítulo 2.3.

Aquando da elaboração do plano terapêutico e de toda a intervenção, o técnico tem de ter em conta as especificidades de cada indivíduo, uma vez que muitos destes podem nem apresentar alguns dos problemas suprarreferidos ou apresentar outros que não o foram. Todos os indivíduos são diferentes, daí a importância da existência de planos individualizados.

No tópico seguinte procuraremos fazer um enquadramento da instituição onde decorreu todo este processo de estágio, começando por referir algumas questões históricas da mesma, de modo a percebermos melhor o contexto em que esta se insere.

### 3 Enquadramento Institucional

Este tópico irá iniciar-se com uma breve contextualização histórica da *Fundação O Século*, seguida de uma descrição de todas as valências existentes, sendo que me focarei principalmente na *Casa das Conchas*, visto ter sido esta resposta social que solicitou o nosso apoio.

Importa por fim referir que todo o enquadramento que se segue teve por base o *site* da *Fundação* (<http://oseculo.pt/>), descrições de funcionários, principalmente da orientadora local e ainda o livro de Fernandes (2013): “*Fundação O Século*, da CBIS à FOs – Uma Fábrica de Amor”.

#### 3.1 Da Origem à Atualidade

Decidiu-se iniciar esta secção com um breve relato da origem e evolução da *Fundação*, para se perceber a sua utilidade e importância atuais.

A Colónia Balnear Infantil de "O Século" nasce em 1927 pela mão do famoso Jornal da época com o mesmo nome, principalmente sob influência do seu diretor João Pereira da Rosa, localizada na Trafaria. Esta Colónia passou a acolher, primeiramente, apenas crianças carenciadas de todo o país em períodos quinzenais de férias, férias que de outro modo nunca teriam.

Até 1943 os custos da Colónia foram assumidos por este jornal através de apelos a donativos cujas listas apareciam periodicamente nas suas páginas. Até este mesmo ano a Colónia já tinha proporcionado férias a mais de 31 mil crianças, tornando-se assim cada vez mais difícil o seu financiamento. Para fazer face a esta problemática, João Pereira da Rosa decidiu então criar um financiador empresarial para este seu projeto e solicitou autorização para criar em Lisboa "uma feira internacional de amostras". Nasceu assim a famosa Feira Popular de Lisboa que desde então passou a financiar o projeto.

No ano de 1943, o Conde de Monte Real doou ao jornal "O Século" a quantia de “200.000 escudos” a fim de comprar um terreno junto à Av. Marginal em S. Pedro do Estoril, onde foi construído um novo edifício para a Colónia com 8.000 metros quadrados de área habitável numa zona privilegiada e com acesso direto à praia. Puderam então continuar as férias para crianças mais desfavorecidas e estavam igualmente reunidas algumas condições para as evoluções futuras.

Após a revolução de 25 de abril, deu-se a extinção do “Jornal O Século” e igual alienação do Património da Colónia Balnear, contudo, o Conde de Monte Real reclamou para si a propriedade do mesmo. A Colónia Balnear Infantil “O Século”/Feira Popular de Lisboa resistiu assim ao processo de liquidação da empresa, sendo que a Colónia continuou a acolher crianças carenciadas e a Feira Popular de Lisboa, seu financiador de base, continuou a divertir os lisboetas.

Em 1996 Rodolfo Crespo, presidente da Comissão Diretiva que orientava o conjunto Colónia Balnear Infantil/Feira Popular de Lisboa, propôs a transformação do estatuto e a criação de uma Fundação que consolidasse a obra social, tendo este ato teve lugar no dia 3 de abril de 1998.

No dia 18 de junho 1999 a *Fundação O Século* foi então reconhecida como Fundação de Solidariedade Social com o estatuto de Utilidade Pública.

Entretanto o edifício começara a ser recuperado, uma vez que estava bastante degradado. Foi então substituída a cobertura do edifício, as camas e o início da recuperação das casas de banho. Mais tarde deu-se igualmente a instalação de uma

nova cozinha com capacidade para preparar 1000 refeições diárias, a lavandaria foi dotada de equipamento industrial, o refeitório recuperado e remobilado.

Progressivamente foram instaladas novas valências que constituem respostas a necessidades sociais.

Atualmente a *Fundação “O Século”* é presidida por Emanuel Martins e inserida na sociedade como Instituição Privada de Solidariedade Social. Tem um acordo com a Segurança Social, sendo subsidiada por um valor diferente, superior ao valor das restantes instituições. O seu contributo para a sociedade vai já muito além do inicialmente proposto.

## **3.2 Valências**

Atualmente existem várias respostas sociais prementes e que envolvem diariamente cerca de 450 utentes dos quais 170 são crianças e uma centena de idosos, para além de férias para crianças carenciadas e outras atividades que abrangem cerca de 2500 utentes por ano.

Estas valências sociais têm um funcionamento permanente e uma vasta intervenção social, em parceria com outras instituições, dando resposta a diversas necessidades de crianças, jovens e idosos, assim como da sociedade em geral. Desenvolve, particularmente, ações nas áreas de proteção da infância e colónias de férias para as crianças carenciadas, contribuindo também com apoio à terceira idade carenciada, desempregados de longa duração, atividades de tempos livres, ações de apoio à família, entre outras.

Passemos então à apresentação das várias valências e programas disponíveis na *Fundação “O Século”*.

### **3.2.1 Colónias de Férias.**

As colónias de férias d'O Século, são a valência mais antiga da *Fundação*, tendo esta começado precisamente com as colónias de férias para crianças carenciadas. Estas realizam-se todos os anos, sendo as crianças selecionadas pelos Centros de Segurança Social, Instituições de Solidariedade Públicas e Privadas e Autarquias, proporcionando às mesmas umas férias diferentes, novas experiências e vivências.

### **3.2.2 Creche e Jardim de Infância.**

Abriu ao público em setembro de 2003 e faz parte da rede social do Concelho de Cascais. Tem instalações modernas e bem equipadas e capacidade para 85 crianças, das quais 35 na creche (dos quatro meses aos três anos) e cinquenta no jardim-de-infância. Para além das atividades próprias de cada sala (por idades), proporciona ainda atividades extracurriculares, passeios escolares e festas temáticas. Tem como base o Projeto Educativo de Escola e os Planos Anuais de Atividades elaborado por cada sala, em torno de um tema escolhido por toda a equipa e das características, necessidades e níveis de desenvolvimento das crianças de cada sala.

Esta escola tem a vantagem de se encontrar num espaço privilegiado, junto ao mar, podendo, deste modo, as crianças e educadores usufruírem deste espaço exterior e diversificarem as atividades ao ar livre.

A Creche e jardim-de-infância têm ajuda do gabinete de apoio psicológico da *Fundação* em consultas individuais e em atividades terapêuticas de grupo.

### **3.2.3 Centro de Atividades de Tempos Livres "Mudar o Futuro".**

O Centro de Atividades de Tempos Livres "Mudar o futuro" (conhecido como ATL) tem capacidade para fazer o acompanhamento pós-escolar de diversas crianças, e ainda dar apoio às respetivas famílias. Funciona numa perspetiva de intervenção precoce, tentando promover a integração sociofamiliar e socioeducativa de crianças em risco. Em 2004, foi proposto pela Segurança Social manter em funcionamento o espaço como ATL.

Tem capacidade para 35 crianças, com idades entre os 6 e 14 anos e desenvolve diferentes atividades: apoio ao estudo e explicações; ateliês de expressão plástica, dramática, culinária; leitura e escrita, entre outras, dando, ainda, apoio às respetivas famílias.

### **3.2.4 Casas da Ponte.**

As *Casas da Ponte* são um projeto recente da *Fundação* e surgem como resposta parcial à questão: para onde irão os jovens após atingirem a maioridade?

As *Casas da Ponte* são Apartamentos de Autonomização destinados a acolher jovens provenientes dos Lares de Acolhimento (*Casa das Conchas* e *Casa do Mar*) da Fundação, sendo que neste momento apenas foram acolhidos jovens do género feminino. Neste espaço, pretende-se que os jovens desenvolvam competências sociais e pessoais que lhes permitam fazer uma transição adequada para uma vida autónoma fora da Fundação, com vista a uma mais fácil integração na vida ativa, através da dinamização de serviços que articulam e potenciam os recursos existentes nos espaços territoriais.

### **3.2.5 Programa Integrado de Educação e Formação.**

O Programa Integrado de Educação e Formação tem como objetivo a educação e formação de jovens, maiores de 15 anos, alunos de escolas dos Concelhos de Cascais e Oeiras, permitindo que estes atinjam a escolaridade obrigatória. No ano de 2013, contou com a participação de 90 jovens que se encontravam em situação de abandono e insucesso escolar, e iniciou-se no transato ano letivo (2012/2013).

### **3.2.6 Take-it.**

Talentos e Artes com Kriatividade e Empreendedorismo - Take-it - é um programa que está orientado para jovens dos 16 aos 24 anos, com o objetivo de fomentar a empregabilidade destes.

Promove atividades que desenvolvam competências e a ocupação, partindo do princípio que todos temos um lado criativo, passível de ser explorado com as ferramentas próprias e orientação adequada.

### **3.2.7 Relógio de Areia.**

O âmbito do Relógio de Areia é a família. Desenvolve programas de apoio à família, desde a educação parental à terapia familiar, procurando soluções para os seus problemas e dando instrumentos aos seus elementos para a resolução dos mesmos, nomeadamente nos problemas de comportamento.

Conta com uma equipa terapêutica do Centro de Apoio à Família, com a colaboração de três psicólogos com formação na área Clínica, desenvolvimento infantil, Terapia Familiar e Arte-Terapia.

As respostas terapêuticas oferecidas por esta valência são: intervenção familiar; Arte-Terapia; grupos de pais; grupos terapêuticos de crianças; apoio alimentar.

### **3.2.8 Estruturas de Reinserção Social.**

A *Fundação* criou em 2001, com a colaboração do Instituto de Emprego e Formação Profissional de Cascais, duas estruturas de inserção social: uma no campo da limpeza e lavandaria – Alba - e outra no serviço de mesa e cozinha - Fénix. Estas estruturas empregam 16 trabalhadores, entre desempregados de longa duração, beneficiários do rendimento social de inserção e mães solteiras, selecionados pelo Instituto de Emprego e Formação Profissional de Cascais e visam a sua inserção no mercado de trabalho.

### **3.2.9 Acolhimento de Emergência.**

A Fundação tem uma área, com quartos, reservada para acolhimentos de emergência, trabalhando em cooperação com a Cruz Vermelha Portuguesa, responsável por estas ações no distrito de Lisboa, com quem mantém um protocolo. Esta área serve para acolher, essencialmente, mulheres e filhos vítimas de violência familiar ou crianças/jovens em risco imediato.

### **3.2.10 Apoio Domiciliário.**

Este serviço consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados, no domicílio, a indivíduos ou famílias que, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não podem assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e/ou as atividades da vida diária.

O Serviço de Apoio Domiciliário presta os serviços de alimentação, cuidados de higiene e conforto pessoal e ainda higiene habitacional.

### **3.2.11 Cantina Social.**

Funciona em sistema de *take-away*, com duas refeições por dia, com custos apropriados aos rendimentos dos aderentes. Destina-se a pessoas e famílias carenciadas do concelho de Cascais.

### **3.2.12 Cozinha d'O Século.**

Apresenta-se como uma apostas recentes da *Fundação* para aproveitar os seus recursos por forma a gerar receitas. Funciona, também, em sistema de *take-away*, com refeições a preços acessíveis, disponíveis a toda a população e empresas ou instituições, incluindo escolas, lares e associações.

### **3.2.13 Loja Social.**

Esta loja recebe donativos de cidadãos e empresas que disponibiliza a preços muito acessíveis aos mais carenciados. São beneficiários desta loja, as famílias com o 1.º e 2.º escalão da Segurança Social e os utentes das outras valências da Fundação (e.g. Lares de Infância). São vendidos bens muito diversificados.

### **3.2.14 Lavandaria, Engomadoria e Costura.**

Esta valência aproveita os recursos materiais e humanos da *Fundação* para obter fundos, proporcionando à comunidade em geral (particulares e entidades) serviços a preços mais acessíveis.

### **3.2.15 Turismo Social.**

Aproveitando a excelente localização do edifício da *Fundação O Século*, em S. Pedro do Estoril, em frente ao mar e muito próximo do comboio, a Fundação remodelou um espaço para Turismo Social, servindo este como outra fonte de rendimentos. Para além de acomodação, os hóspedes podem usufruir dos serviços de Cozinha e da Lavandaria, engomadoria e costura, a preços acessíveis.

### **3.2.16 Lares de Acolhimento-Casa do Mar.**

A *Casa do Mar* é um lar de acolhimento, de carácter prolongado, com capacidade para 12 jovens do género feminino exclusivamente. Alberga, no momento, 12 jovens adolescentes, com idades entre os 10 e 18 anos, que foram aqui colocadas por decisão judicial. Nesta estruturas todas as crianças têm um plano socioeducativo individual.

A *Casa do Mar* tem como objetivo principal proporcionar um ambiente familiar, tão próximo quanto possível da vida em família.

A *Casa* tem ainda em vista, o desenvolvimento global, criando condições para a definição de um projeto de vida, acesso a uma formação adequada, condições para criarem laços de amizade e educam para a vida em sociedade e independência das jovens.

De seguida descreveremos mais pormenorizadamente o outro Lar de Acolhimento da Fundação, a Casa das Conchas, sendo que esta resposta social foi aquela onde ocorreu toda a intervenção.

## **3.3 Caracterização da Casa das Conchas**

Como referido anteriormente, iremos descrever mais pormenorizadamente esta estrutura e todo o trabalho desenvolvido pela mesma, um a vez que foi nesta estrutura que decorreu todo o estágio curricular.

A *Casa das Conchas* é um Lar de Crianças e Jovens que foi criado por uma necessidade emergente de acolher 28 crianças e jovens que se encontravam em situação de risco. Hoje em dia, acolhe 25 crianças, sendo esta a sua capacidade máxima. Durante os últimos anos já acolheu 50 crianças/jovens, atingindo o seu objetivo principal de integrar a sua maioria nas famílias de origem.

A *Casa* define e apoia cada criança na concretização de um projeto de vida, de acordo com as características da criança/jovem e da sua família. Assegurando-lhe um ambiente seguro, alojamento, alimentação, vestuário, assistência médica, formação escolar e profissional adequada e atividades lúdicas, desportivas e culturais. Preocupa-se, ainda, em inculcar princípios e valores que promovam o respeito por si e pelos outros, estimulando o espírito de cooperação, partilha e de solidariedade.

O Lar tem capacidade para acolher crianças dos 0 aos 18 anos, podendo este período prolongar-se até aos 21 anos. A preocupação do Lar é de reintegrar as crianças, sempre que possível, nas suas famílias, como já foi referido, trabalhando com as mesmas para alterar os motivos de acolhimento, ou, caso isso não se verifique, conferir autonomia aos jovens.

A sustentabilidade financeira desta estrutura é obtida através de acordos de cooperação celebrados com o Centro Distrital da Segurança Social de Lisboa, meios próprios da *Fundação*, e apoios externos (donativos).

### **3.3.1 Enquadramento Legal.**

A *Casa das Conchas*, da *Fundação “O Século”* encontra-se dentro dos parâmetros que regulam a legislação nacional relativa à proteção de menores: Lei n.º 147/99, de 1 setembro, revista pela Lei n.º 31/2003, de 22 agosto.

Não havendo nenhuma legislação específica que preveja a intervenção Psicomotora, em meios de institucionalização de longa duração, revelou-se pertinente procurar alguns dos apoios previstos na legislação e refletir sobre os benefícios que poderiam surgir para os jovens, caso a equipa possuísse na sua estrutura um Profissional de Reabilitação Psicomotora.

Logo no seu primeiro artigo, esta lei refere que o seu principal objetivo passa pela promoção dos direitos e pela proteção das crianças e dos jovens em perigo, de modo a garantir o seu desenvolvimento pleno e o seu bem-estar.

A importância de enquadrar um profissional de Reabilitação Psicomotora, na equipa da *Fundação*, pode ser justificada pelo artigo 49.º (noção de acolhimento em instituição), da subsecção II (acolhimento em Instituição), uma vez que este refere que a importância da existência de boas instalações, equipamento e de uma equipa técnica que garanta os cuidados adequados às necessidades dos jovens, proporcionando-lhes condições favoráveis para o seu processo educativo, bem-estar e desenvolvimento integral.

Esta mesma lei alerta, no artigo 54.º (equipa técnica), da subsecção II, para a necessidade de existência de uma equipa pluridisciplinar, integrando várias valências, como: psicologia, serviço social e educação. Estando o psicomotricista ainda bastante ligado à área da educação, mostra-se mais uma vez pertinente a integração de um profissional com estas características e conhecimentos. Este mesmo artigo acrescenta ainda que a equipa técnica deve ter a colaboração de outros profissionais das áreas da medicina, direito, enfermagem e, no caso de lares como a *Casa das Conchas*, profissionais responsáveis pela organização de tempos livres.

Sendo a reintegração dos jovens na comunidade um dos objetivos principais da estrutura referida (artigo 53.º, da subsecção IV), está previsto no artigo 56.º, da subsecção IV, que os jovens têm direito a um plano de cuidados de saúde, incluindo consultas médicas e de orientação psicopedagógica. Mais uma vez se pode afirmar, que pelas suas características, o psicomotricista pode auxiliar em todo este processo.

### **3.3.2 Recursos Humanos.**

A *Casa das Conchas* é constituída por uma equipa técnica multidisciplinar (diretor técnico, assistente social e psicólogo educacional), por uma equipa educativa (com 10 elementos), que garantem o acompanhamento permanente a todas as crianças/jovens, uma auxiliar administrativa e conta com o suporte dos serviços de manutenção, cozinha, lavandaria e limpeza. Normalmente estão presentes 3 monitores, ficando à noite dois educadores e no período da manhã (depois das crianças saírem para a escola) somente um. A equipa educativa reúne uma vez por semana, às sextas-feiras, sendo que a diretora técnica reúne com a equipa técnica, também, uma vez por semana, e ainda com as outras áreas sociais da Fundação com a mesma regularidade.

### **3.3.3 Espaço Físico.**

O *Lar* é constituído por salas de convívio para as crianças/jovens (sala dos juniores e sala dos seniores), quartos com zona de estudo, balneários, casa de banho, cozinha, lavandaria, arrecadação e gabinetes técnicos. Cada um destes espaços tem um nome dado pelas crianças e associado ao meio marinho.

Podemos afirmar que o espaço físico é adequado às crianças e suas necessidades.

Para além da zona confinada ao *Lar*, existe um parque infantil exterior, um campo de jogos com duas balizas de futebol e duas tabelas de basquetebol, um espaço amplo fechado adequado a aulas de Educação Física entre outras, e salas livres para terapia.

#### **3.3.4 Materiais.**

Nos diversos espaços, sobretudo no Alpendre exterior (onde ocorreu a maior parte da intervenção) existe algum material lúdico-pedagógico, adequado às faixas etárias e bem conservados.

Deste material salienta-se: um banco sueco; dois colchões médios; arcos pequenos (5), médios (5) e grandes (12); colchões diversos para desenvolvimento da motricidade na primeira infância; bolas pequenas de plástico (do tipo de piscina de bolas); pás, ancinhos e baldes de praia; radiogravador portátil; colchões individuais pouco espessos (tipo yoga); legos; andas para os mais pequenos (3 pares); balões; 1 kanguru; cones pequenos de plástico (cerca de 20) e grandes (6).

#### **3.3.5 Serviços Prestados.**

Os serviços prestados pela *Casa das Conchas* e pelos técnicos que trabalham nesta estrutura vai muito para além do simples acolhimento. São prestados os mais variados cuidados pessoais, desde higiene, alimentação e cuidados de saúde. Os jovens têm ainda apoio em todas as deslocações para o exterior e em atividades de vida diária.

O lazer e o divertimento também não são descurados numa casa de crianças/jovens, sendo assim existem as mais variadas atividades lúdicas e socioculturais: ateliês, atividades culturais no interior e no exterior da Fundação, atividades lúdicas e criativas, como por exemplo a celebração de aniversários, atividades desportivas, atividades intelectuais e formativas. Existem ainda atividades sociais, como acampamentos.

É-lhes ainda assegurado apoio psicológico e jurídico.

#### **3.3.6 Acessibilidade.**

Podemos referir que no exterior da *Fundação* existe rampas de acesso ao edifício, contudo apresentam barreiras quase intransponíveis para quem se desloca de cadeira de rodas e no interior existe rampas de circulação que permitem o espaço necessário para a circulação em cadeiras de rodas/carros de bebés, por exemplo.

De seguida apresentaremos um quadro-síntese (tabela 1) relativo à acessibilidade da *Fundação*. Esta tabela foi elaborada numa fase inicial do processo de estágio, pelo estagiário, a partir da observação direta dos vários espaços e com base na população a que estes se destinam. São ainda referenciadas algumas das dificuldades/limitações encontradas.



**Tabela 1. Análise da acessibilidade das instalações da *Fundação O Século***

☺ - Sem dificuldades ☹ - Algumas Dificuldades ☹ - Muitas Dificuldades N/A - Não se aplica	Crianças	Idosos	Deficiência Motora - Espinha Bífida	Cadeira de Rodas	Dificuldades Visuais	Dificuldades Auditivas	DID	Dificuldades
Chegar a Fundação	☺	☹	☹	☹	☹	☹	☹	Barreiras e piso Sinuoso
Entrar na Fundação	☺	☹	☹	☺	☹	☺	☺	Porta pesada. Uma porta de acesso apenas
Espaços Exteriores	☺	☺	☺	☺	☹	☺	☹	Estruturas perigosas, como fontes de metal
Interior da Fundação – Corredores/Portas	☹	☹	☹	☹	☺	☺	☺	Entrada-Portas pesadas. Pouco espaço
Chegar à Casa das Conchas	☺	N/A	☺	☹	☺	☺	☹	Inclinação das Rampas
Interior Casa das Conchas	☺	N/A	☺	☹	☺	☺	☹	Portas algo estreitas
Wc's Casa das Conchas	☺	N/A	☺	☺	☺	☺	☺	
Chegar ao Refeitório	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	Tem uma porta de acesso pelo interior, que nunca é utilizada, obrigando os jovens a ir pela rua, mesmo em dias de chuva.
Interior do Refeitório	☹	☺	☹	☹	☹	☺	☺	Tabuleiros grandes e passareira muito alta para as crianças.
Wc Refeitório	☹	☺	☹	☹	☹	☺	☹	Pouco espaço e espaços mal sinalizados.
Alpendre	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	
Salas Terapêuticas	☺	☹	☹	☹	☺	☺	☹	Pequenas. Portas e corredores estreitos.

### 3.3.7 Relação com a Família Biológica.

O *Lar* promove o contacto da criança/jovem com familiares, amigos e pessoas de referência, sempre que o mesmo seja recomendado, permitido por tribunal e seja da vontade do menor. Dispõe de um regime de visitas, que é marcado individualmente (proposto pelos visitantes e aceite pelo *Lar*), de acordo com os horários escolares, atividades diárias de cada criança/jovem e da disponibilidade dos visitantes. Esta promoção amplia-se a todas as vertentes da vida diária da criança/jovem, sendo os pais convidados a participar na vida académica dos seus filhos, assim como em datas festivas. A articulação entre o *Lar* e a família é um dos grandes objetivos para estas crianças/jovens, por forma a manter os laços familiares e possibilitar uma reintegração futura nas famílias.

Seguidamente iremos apresentar a parte prática do presente trabalho, onde será descrita toda a prática profissional realizada ao longo do processo de estágio curricular na *Fundação*.

## 4 Prática Profissional: Estágio Curricular

O estágio curricular teve uma duração de cerca de nove meses, divididas em 21 horas semanais. Iniciou-se formalmente no dia 22 de outubro de 2012 e terminou no dia 30 de julho de 2013. Importa referir que o horário estruturado revelou-se difícil de ser cumprido, por incompatibilidades com os horários estabelecidos para os jovens relativos à dinâmica do quotidiano da *Casa*.

A intervenção aconteceu muitas vezes em fins de semana e até mesmo durante os períodos de férias escolares, uma vez que eram os momentos em que os jovens passavam mais tempo no *Lar*.

Numa fase inicial iniciámos o estágio com cerca de duas semanas de observação, com o objetivo de conhecer alguns dos miúdos e toda a sua história pessoal, seguidas de duas semanas de avaliações iniciais e aplicação de questionários e só após estes períodos é que a intervenção começou. Numa fase posterior tivemos a avaliação final que durou apenas dois dias, pois optou-se apenas por fazê-la ao nível do estudo caso (tabela 2).

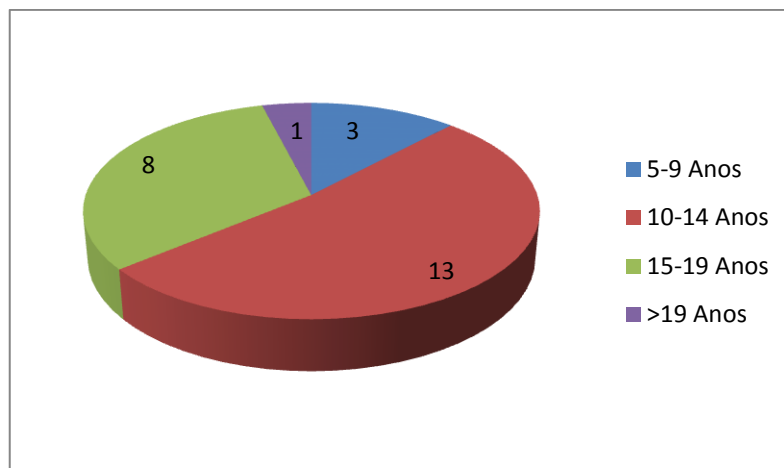
Tabela 2. Calendarização anual

	2012			2013								
	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set
Realização da Prática Profissional												
Integração na Equipa/Casa												
Avaliação Informal												
Recolha de dados												
Caraterização da Instituição												
Avaliações Iniciais												
Intervenção Psicomotora												
Avaliação Final												
Análise de Resultados												

Sendo que não existia nenhum profissional de psicomotricidade na Fundação, foi-me dada autonomia para gerir a minha intervenção ao nível das escolhas dos horários, dos tipos de avaliação e intervenção, bem como outras interações com as pessoas da *Casa*, mediante aprovação das orientadoras.

### 4.1 População Apoiada pela Casa das Conchas

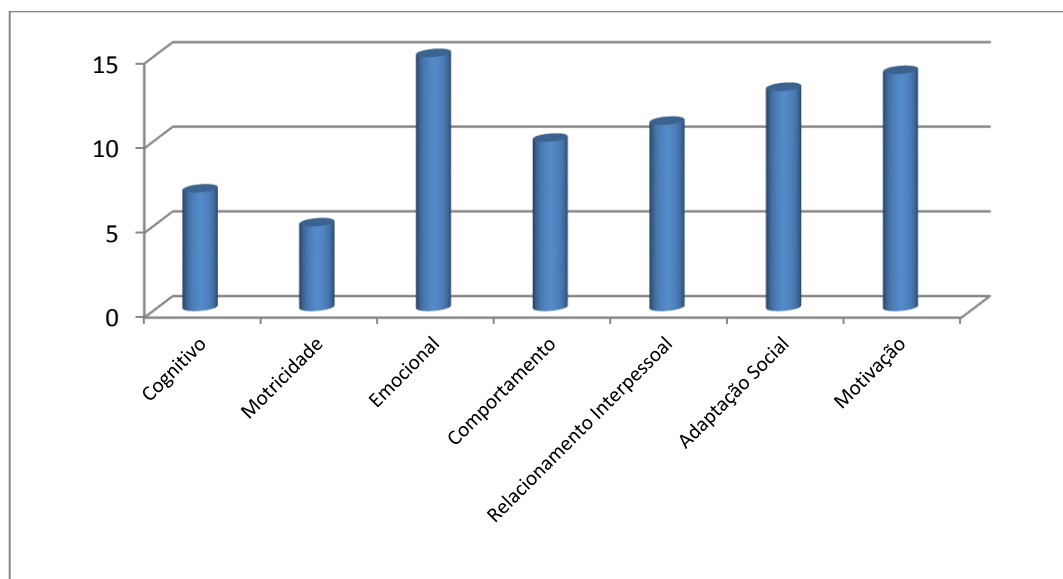
Atualmente, a *Casa das Conchas* tem 25 crianças, das quais 7 fratrias (68% dos jovens tinha um ou mais irmãos a viver na *Casa*), com idades compreendidas entre os 5 e os 21 anos de idade (figura 8) em regime misto, sendo que 13 são do género masculino.



**Figura 8. Faixas Etárias dos Jovens**

Importa ainda referir que a maioria destes jovens é portuguesa (64%), contudo muitos destes apresentam origens Africanas.

Os educadores de referência identificaram as áreas-problema de cada jovem. Como se pode observar pelo gráfico (figura 9), grande parte dos problemas sinalizados pela equipa educativa da *Casa das Conchas* vão ao encontro de problemas ao nível do controlo emocional. Existem igualmente algumas preocupações ao nível do controlo comportamental, adaptação social, relacionamento interpessoal e motivação.



**Figura 9. Principais Áreas-Problema sinalizadas**

Numa recolha de dados inicial constatou-se ainda que mais de metade dos jovens (52%), raramente ou nunca é visitado por familiares. Ainda assim, a equipa técnica tem como objetivo que mais de 36% dos mesmos um dia possam ser reintegrados nas suas famílias.

No que diz respeito ao seu percurso escolar, constatamos que as crianças frequentam diferentes escolas da comunidade, conforme as suas necessidades, e motivações e ainda, como forma de as integrar na comunidade: a equipa técnica tem a preocupação de não ter muitas crianças na mesma escola, para que estas se integrem melhor na comunidade escolar e diversifiquem as suas interações sociais. Importa ainda referir que

a maioria dos jovens está no ensino regular (68%). O gráfico da figura 10 mostra o ano de escolaridade atual (2012/2013) dos jovens, podendo concluir-se que a maioria dos jovens teve um percurso escolar com algum insucesso.

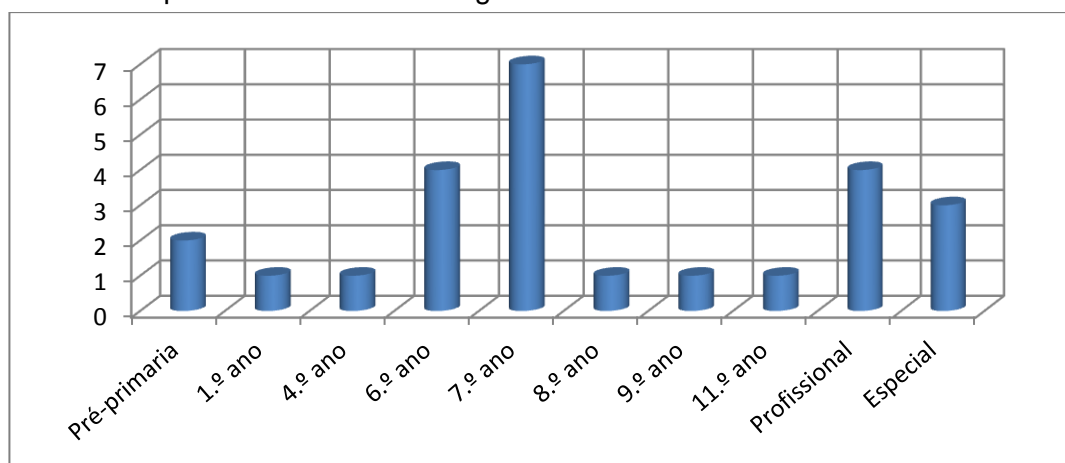


Figura 10. Nível de Escolaridade dos Jovens em 2012/2013

## 4.2 População Alvo de Intervenção

Após a recolha de dados inicial, através da análise pormenorizada das histórias de vida de cada jovem, decidimos, em colaboração com a equipa técnica do *Lar*, sinalizar alguns dos mesmo para serem alvo de avaliação e possivelmente de intervenção.

Assim sendo, dos 25 jovens foram escolhidos para essa avaliação 22. Numa fase posterior, em concordância com a colega estagiária em Psicomotricidade, decidiu-se dividir este grande grupo em dois. Por sugestão da orientadora local, e para colmatar a falta de modelos masculinos ficou então decidido que faria a intervenção com os 11 rapazes.

Para a caracterização inicial dos jovens, e pelo facto de a Casa não ter a informação sistematizada, os estagiários, incluindo a de Musicoterapia, construíram uma pequena tabela onde foram identificadas algumas das áreas consideradas como problemáticas pela equipa do *Lar* (Anexo A). Na tabela 3 apresentasse uma síntese desses dados.

Tabela 3. Principais áreas-problema identificadas pelos educadores

Nome	Idade	Áreas-Problema						
		Cognitivos	Motricidade	Emocionais	Comportamento	Relacionamento interpessoal	Adaptação social	Motivação
AB	13 Anos	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
FA	14 Anos	Não	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Sim
IS	16 Anos	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Sim
IA	16 Anos	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Não
JV	17 Anos	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
JO	6 Anos	Sim	Não	Não	Sim	Não	Não	Sim
JI	14 Anos	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
PA	13 Anos	Não	Não	Sim	Sim	Não	Não	Sim
RA	12 Anos	Não	Não	Não	Sim	Não	Não	Não
RAm	14 Anos	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim
SI	15 Anos	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não

Pode-se então constatar que os educadores assinalam em quase todos os jovens dificuldades de nível emocional, comportamental e motivacional.

Após conversa com a equipa técnica, algum convívio com os jovens e esta recolha de dados inicial, decidiu-se que para alguns dos jovens seria benéfico um trabalho individual e para outros em grupo, com objetivos distintos. Um dos jovens (JI) esteve enquadrado nas duas situações e um outro (FA) esteve enquadrado em dois grupos.

Após esta organização, inicialmente provisória, iniciou-se um processo de avaliação formal.

### **4.3 Avaliação.**

Dependendo dos problemas mais apontados aos jovens de cada grupo e após observação inicial (feita nas primeiras sessões, através de diversos jogos, conversas informais, observação do comportamento e das relações), foram selecionados os diferentes instrumentos para a avaliação formal que serão descritos seguidamente.

Importa ainda referir que nessas primeiras sessões de observação, os jovens, na sua maioria, não pareceram revelar qualquer problema motor. Revelaram sim alguns problemas ao nível da socialização, do controlo e ajuste do seu comportamento às situações. Ainda assim o problema que se identificou logo de início em quase todos os jovens prendia-se com grandes dificuldades em manter o foco de atenção, uma vez que não conseguiam terminar tarefas ou quando se estava com um grupo num determinado espaço, este distraía-se sempre que passava por perto alguém conhecido.

Os jovens demonstraram boas capacidades ao nível da dança e mostraram igualmente, que são desinibidos e de contato inicial fácil, na sua maioria, uma vez que não se mostraram incomodados com a presença de novas pessoas, o que até seria normal numa fase inicial, pois não seriam de todo suas conhecidas. Ainda assim este fator acabou por ser muito benéfico para o desenrolar do processo.

Com estas sessões pôde-se identificar alguns jovens que se mantinham mais à margem das atividades, revelando desinteresse, jovens com alguns problemas ao nível da motricidade global, problemas ao nível da cooperação, entre outros problemas de nível social e de relação.

Para a avaliação formal, foram utilizados no total três instrumentos de avaliação:

- Bateria Psicomotora (BPM): aplicada a seis dos jovens, principalmente aos mais novos, sendo que alguns dos mesmos passavam o limite máximo para a aplicação deste teste em termos formais (12 anos), ainda assim considerou-se pertinente a sua utilização, para se perceber o nível dos jovens nos domínios avaliados e se eventualmente haveria algum problema a este nível. Mesmo que não se revelasse nenhum problema a nenhum dos níveis analisados, poderíamos obter um ponto de partida para trabalhar questões levantadas como problemáticas anteriormente e detetadas por outro protocolo, partindo de áreas que se revelariam fortes;
- Inventário Comportamental de Avaliação das Funções Executivas em Crianças (ICAFE-C): esta escala foi preenchida por dois educadores de cada criança (uma vez que a escala deveria ser preenchida por ambos os pais, o que neste caso se revelava bastante difícil) e por dois professores (um de uma disciplina que o jovem gostava bastante e o outro teria de ser o diretor de turma, pressupondo-se que este conheceria melhor a criança e as suas características a nível escolar). Esta escala apresenta um limite de idade de 18 anos, ou seja, todos os jovens se enquadravam neste padrão, ainda assim apenas foi aplicada em seis dos mesmos, mais uma vez, por se achar pertinente, devido às especificidades da mesma. Foi feita posteriormente uma análise qualitativa item a item;

- Checklist – Aprendizagem Estruturada de Competências Sociais: Esta escala foi aplicada aos jovens (três) que integravam um dos grupos, sinalizados pela equipa técnica como desmotivados, desinteressados e com problemas de comportamento. Importa ainda referir que esta escala foi preenchida pelas pessoas que melhor conhecem cada criança.

Segue-se de seguida a descrição de cada um dos instrumentos utilizados.

#### 4.3.1 Bateria Psicomotora.

A Bateria Psicomotora (BPM) é um instrumento de avaliação de referência a critério, ou seja, não tem como objetivo único a obtenção de um valor numérico; pelo contrário, dá mais relevo à avaliação qualitativa da disfunção ou da integridade psicomotora e psiconeurológica da criança. Consiste num conjunto de situações ou tarefas, através das quais se procura analisar de forma dinâmica o perfil intra-individual da criança (Fonseca, 2007).

As tarefas que constituem este instrumento estão distribuídas pelos sete fatores psicomotores: tonicidade, equilíbrio, lateralização, noção do corpo, estruturação espaço-temporal, praxia global e praxia fina. De referir que alguns itens são iguais para todas as idades, enquanto outros são diferentes para idades pré-escolares e para idades escolares (Fonseca, 2007)

Embora esta avaliação não seja de referência a norma, é obtida uma pontuação total e uma pontuação para cada fator psicomotor. Esses valores, para Fonseca (2007), podem corresponder a um perfil apráxico (realização imperfeita, incompleta e descoordenada: *fraco*), dispráxico (realização com dificuldades de controlo: *satisfatório*), eupráxico (realização controlada e adequada: *bom*) ou hiperpráxico (realização perfeita, económica, harmoniosa e bem controlada: *excelente*).

#### 4.3.2 ICAFE-C.

O ICAFE-C é um instrumento que consiste num inventário estandardizado, que deve ser aplicado a professores e a pais e que permite aceder às suas perceções sobre o nível de funcionalidade executiva e de autorregulação cognitiva, emocional e comportamental dos alunos, nas situações do dia-a-dia escolar, sendo quase sempre utilizado para avaliar alunos com condições desenvolvimentais que afetam o seu nível de funcionalidade, traduzido do instrumento BRIEF (Ribeiro, Santos e Correia, 2012).

Ribeiro et al. (2012) o ICAFE-C apresenta um total de 86 itens que descrevem os comportamentos dos alunos e o sistema de respostas estrutura-se segundo uma escala de Likert de três pontos (1= “Nunca”; 2= “Às vezes”; 3= “Muitas vezes”). Através destas respostas, solicitasse a indicação da frequência, nos últimos seis meses, que o aluno evidenciou problemas relacionados com esses comportamentos. O somatório de itens da escala organiza-se segundo oito escalas: (a) Inibição; (b) Alternância; (c) Controlo Emocional; (d) Inicialização; (e) Memória de Trabalho; (f) Planeamento/Organização; (g) Organização de materiais e (h) Monitorização (Ribeiro et al., 2012).

Para estes autores, com os resultados alcançados através desta escala é possível obter dois fatores: o Índice de Regulação Comportamental (IRC - resultante do somatório das escalas de Inibição, Alternância e Controlo Emocional) e o Índice de Metacognição (IM - somatório das escalas de Inicialização, Memória de Trabalho, Planeamento/Organização, Organização de Materiais e Monitorização). Importa ainda referir que com estes dois índices, poderemos obter o Índice Executivo Global (IEG), sendo possível aferir a validade das respostas a partir de uma Escala de Negatividade (um protocolo apresenta um nível de negatividade aceitável se, num total de nove itens pré-definidos, até um máximo de quatro itens, se obtiveram a resposta “Muitas Vezes”) e da Escala de

Inconsistência (um protocolo apresenta um nível de inconsistência aceitável se, num total de dez pares de itens pré-definidos, para os quais se calcula a diferença absoluta entre as respostas atribuídas a cada um desses dois itens, o somatório dessas diferenças é menos ou igual a sete).

Através dos resultados obtidos em cada uma das escalas, respetivos IRC, IM e IEG, é possível caracterizar a perceção do professor relativamente ao nível de funcionalidade executiva da criança/adolescente, sendo que, valores mais elevados estão normalmente associados a maiores limitações no domínio das funções executivas (Ribeiro et al., 2012). Importa ainda referir que os dados obtidos através desta escala poderão ajudar a sinalizar outro tipo de problemáticas, como é o caso da Perturbação de Hiperatividade com Déficit de Atenção – Subtipo desatento.

Esta escala foi utilizada para se poder perceber um pouco a origem dos problemas de comportamento e de desempenho dos jovens em ambiente escolar.

#### **4.3.3 Checklist – Aprendizagem Estruturada de Competências Sociais.**

Esta é constituída por 40 itens, cotados com uma escala de Likert de 1 (nunca) a 5 pontos (sempre) com um total entre os 40 e os 200 pontos. Estes agrupam-se em seis subescalas: competências sociais básicas, competências sociais avançadas, competências para lidar com sentimentos, competências alternativas à agressividade, competências para lidar com o stress e competências de planeamento (Matos, Branco, Silva, Carvalhosa e Carvalhosa, 2005). Os itens foram preenchidos pelo técnico responsável por cada criança (educador), sendo que este teria de ser a pessoa que melhor conheceria o jovem. Importa ainda referir que nesta escala uma maior pontuação é indicadora de mais competências relativamente ao fator em estudo.

Foi realizada uma interpretação qualitativa, item-a-item, dos resultados obtidos.

#### **4.3.4 Condições de Avaliação.**

A BPM foi aplicada sempre seguindo a sequência de itens proposta pelo seu autor. Foram utilizados sempre os mesmos materiais para todos os jovens.

A maioria das avaliações com este instrumento ocorreu no Alpendre da *Fundação*, local exterior, amplo e com algum do material essencial disponível.

Na maioria dos casos foi decidido dividir a aplicação deste mesmo instrumento em dois momentos, para não se tornar demasiado cansativo e desmotivante para os jovens, com uma duração média de 45 minutos.

Regra geral os jovens mostraram-se motivados em toda a avaliação e estas decorreram normalmente, registando-se apenas uma interrupção com um dos jovens, uma vez que se distraiu com os colegas que estavam no exterior do Alpendre.

A primeira destas avaliações foi filmada parcialmente, com o consentimento assinado da diretora técnica (Anexo B), o que também levou a algumas distrações por parte do jovem alvo de avaliação.

Relativamente à outra escala utilizada, o ICAFE-C, foram impressos 4 exemplares por criança, sendo 2 da versão para pais e 2 da versão para professores. Foi então entregue um exemplar ao Educador de cada jovem e um outro ao Técnico de Referência do mesmo. Depois de lhes ser explicado genericamente o instrumento, foi pedido que o preenchessem e que o devolvessem mais tarde. No que diz respeito aos professores, foi entregue um exemplar ao diretor de turma de cada jovem e um outro ao professor da disciplina preferida de cada jovem. Neste caso tornou-se impossível explicar o instrumento aos professores, uma vez que este lhes chegou por intermédio de um elemento da equipa técnica da *Casa das Conchas*.

Todos os instrumentos entregues aos elementos do *Lar* foram preenchidos e devolvidos, contudo alguns dos professores acabaram por não devolver os questionários e deste modo prejudicar a interpretação dos dados.

Relativamente à última escala utilizada, a Checklist – Aprendizagem Estruturada de Competências Sociais, foi impresso apenas um exemplar da mesma por jovem, sendo este preenchido pela pessoa que melhor conhece cada um dos mesmos. Esta escala foi preenchida na presença do estagiário, para se poder efetuar o esclarecimento de eventuais dúvidas sobre a mesma.

Importa ainda referir que todas estas avaliações decorreram no período compreendido entre novembro e dezembro de 2012.

#### 4.3.5 Resultados gerais das Avaliações.

No que diz respeito à aplicação da BPM, dos seis jovens avaliados, três deles revelaram um perfil *Apráxico*, sobretudo o JI, que revelou bastantes problemas em quase todos os itens do teste, muito derivado à sua problemática de Espinha Bífida. Ainda assim a nível de tonicidade e noção do corpo revelou resultados satisfatórios. O jovem IS apresentou igualmente algumas dificuldades ao nível da coordenação motora e equilíbrio. Por seu lado o JO revelou grandes problemas ao nível da praxia fina, estruturação espaço-temporal e lateralização. Os restantes três jovens apresentaram resultados de *Eupráxico* e *Hiperpráxico*, não se revelando grandes problemas nos níveis analisados, ainda assim foi fundamental conhecermos estas qualidades dos jovens para estas servirem de base para a intervenção futura.

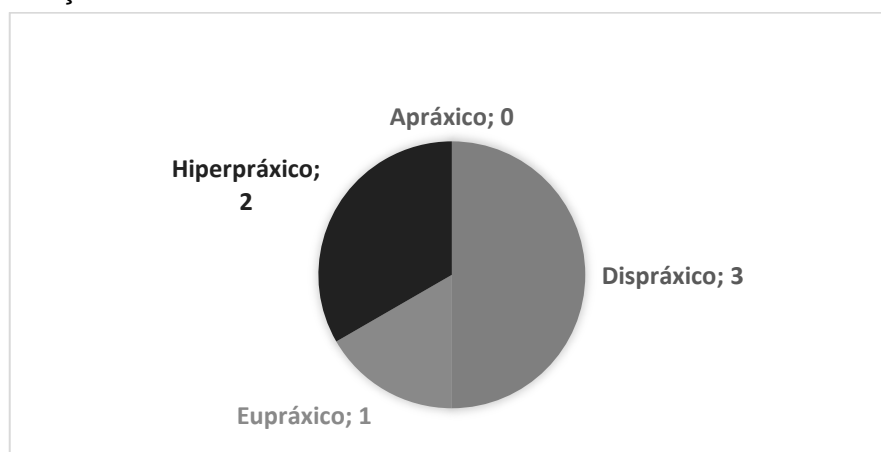
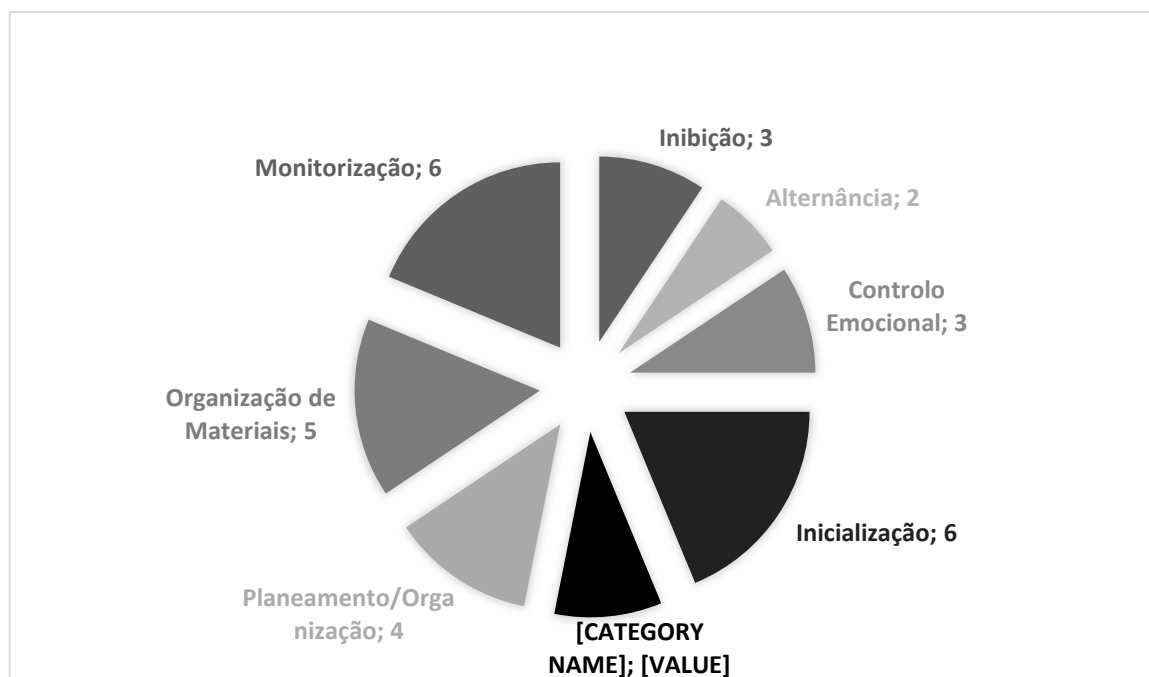


Figura 11. Tipos de Perfil Psicomotor dos jovens (n=6)

Relativamente à aplicação da ICAFE-C, constatou-se que existem algumas diferenças na forma de encarar o jovem entre os educadores do *Lar* e os professores. Visto que estas escalas não foram interpretadas segundo tabelas normativas, uma vez que não esta aferida à população nacional, não se puderam obter os resultados referidos na descrição do instrumento. Os itens foram analisados um a um e agrupados pela áreas referidas por Ribeiro et al. (2012): a) inibição; b) alternância; c) controlo emocional; d) inicialização; e) memória de trabalho; f) planeamento/organização; g) organização de materiais e h) monitorização), obtendo-se o seguinte resultado (figura 13).





**Figura 12. Resultados ICAFE-C: Número de jovens que apresenta as dificuldades analisadas (n= 6)**

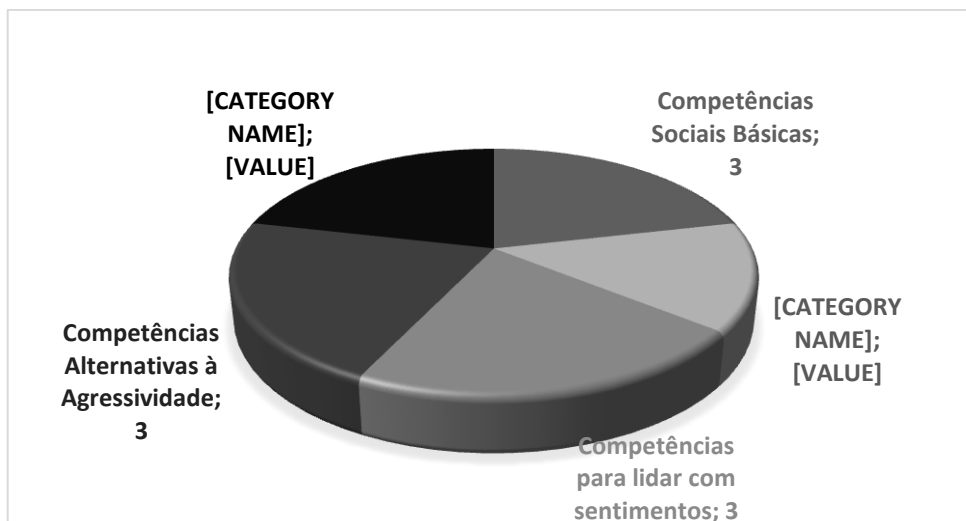
Podemos então verificar que em termos gerais os jovens avaliados com esta escala apresentam algumas dificuldades ao nível da Inicialização, uma vez que todos tinham dificuldades em iniciar uma nova tarefa e em gerar ideias de forma independente.

Outro ponto preocupante encontra-se ao nível da monitorização, uma vez que os jovens revelam alguns problemas quando toca a avaliarem o seu comportamento e o seu desempenho. Muitas vezes estes também dão pouca importância aos efeitos dos seus comportamentos no outro.

Ao nível da organização de materiais também se verificam bastantes problemas, uma vez que os jovens, na sua maioria, não consegue manter uma área de trabalho limpa e organizada quer na Casa quer na escola.

Por fim importa ainda referir as dificuldades encontradas ao nível do planeamento/organização, uma vez que quatro dos jovens revelaram problemas a este nível, não conseguindo muitas vezes antecipar consequências futuras, definir objetivos ou até mesmo planejar e colocar em ação, com antecedência, todos os passos necessários para essa mesma ação.

Relativamente ao último dos instrumentos utilizados, a Checklist – Aprendizagem Estruturada de Competências Sociais, verificaram-se os seguintes resultados gerais para as subescalas (competências sociais básicas, competências sociais avançadas, competências para lidar com sentimentos, competências alternativas à agressividade, competências para lidar com o *stress* e competências de planeamento) do instrumento:



**Figura 13. Resultados Checklist – Aprendizagem Estruturada de Competências Sociais: Número de jovens que apresenta as dificuldades analisadas (n=3)**

Como se pode verificar pelos dados obtidos, a maioria dos jovens apresenta resultados negativos em todos os domínios avaliados, ainda assim estamos aqui a observar uma síntese dos resultados médios, o que não invalida que algum dos jovens não apresente queixas, em algum dos domínios referidos.

Esta escala revelou-se bastante importante para a estruturação da intervenção e revelou muitas das queixas que em conversa informal tinham surgido.

Após esta avaliação, alguns dos jovens que apresentavam problemas semelhantes foram agrupados em pequenos grupos, outros decidiu-se que seria melhor uma intervenção individual e para outros ainda achou-se que seria benéfico ambas.

Sendo assim passou-se ao passo seguinte, que foi a organização das sessões e a sua calendarização.

#### 4.4 Calendarização

Inicialmente, ainda antes da avaliação foi elaborada uma tabela com uma planificação anual e posteriormente semanal.

A calendarização a semanal revelou-se sempre bastante difícil de cumprir, nomeadamente porque:

- Algumas crianças/jovens iam a casa aos fins de semana de 15 em 15 dias;
- Outros jovens, que a meio do processo passaram a ir todos ou quase todos os fins de semana a casa e durante a semana não tinham tempo disponível para se repor a sessão, nos períodos de férias escolares muitos também se ausentavam para casa dos familiares;
- Surgiram atividades extras que envolviam os miúdos e que apenas tínhamos conhecimento no próprio dia – o que inviabilizou a realização de sessões planeadas;
- Consultas médicas e terapêuticas dos jovens, que se iniciaram igualmente ao longo do processo e dividiam sempre um dos grupos já formado e ainda por motivo de doença dos mesmos;
- Houve ainda algumas incompatibilidades entre o cumprimento dos horários estabelecidos para os jovens, que inviabilizaram igualmente algumas sessões.

Foi ainda colocada a possibilidade de se fazerem atividades psicomotoras para um grupo de gerentes da comunidade envolvente, que não obteve as autorizações necessárias, por não ter sido considerado como prioritária pela direção da instituição.

Foi então elaborado um horário semanal, distribuindo-se as 21 horas semanais, sendo que este foi pontualmente alterado (tabela 4).

**Tabela 4. Planificação Semanal**

Horas/Dias	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
8.30-10.00							
10.00-11.00							
11.00-13.00		Planeamentos/Trabalho na Fundação				JO IS Relaxação Alpendre	
14.00-15.00		Grupo 2 Competências Escolares Exterior/Sala ATL			Reunião	Trabalho Fundação	
15.00-16.00			Trabalho Fundação		Trabalho Fundação	Grupo 1 Competências Sociais Alpendre	
16.00-17.00							
17.00-18.00			Jl Motricidade Global Alpendre		Jl Motricidade Fina Sala ATL		
18.00-19.00			Grupo 3				
Total horas		5h	4h		5h	7h	Total:21h

**Legenda:** Grupo 1 – JV, RAm, IA e IS – Alpendre; Grupo 2 – PA e AB – Exterior ou Sala ATL; Grupo 3 – RA, FA e Jl – Alpendre

Numa fase seguinte, com os dados recolhidos na avaliação, foi possível traçar um plano de intervenção e objetivos.

## 4.5 Estruturação da Intervenção e Objetivos

Como foi dito anteriormente, com os dados recolhidos foram elaborados objetivos a atingir por cada grupo ou jovem, no caso das intervenções individuais. Foram então criadas tabelas para estas situações, onde foram identificados os principais problemas, quais os objetivos gerais a atingir e quais os objetivos operacionais que ajudavam a atingir esses gerais (tabela 5).

De grosso modo, os objetivos a atingir em todos os grupos/jovens eram:

- Melhorias ao nível da macromotricidade e micromotricidade;
- Promoção de bem-estar físico e psicológico;
- Melhorar competências sociais e pessoais;
- Autorregulação;
- Estimular o desenvolvimento cognitivo.

Pontualmente, foi também trabalhada a autoestima; a cooperação; a promoção do controlo da agressividade e da impulsividade; a potencialização da resolução de problemas; a tomada de decisão e capacidade de reflexão; a estimulação pelo gosto das atividades escolares; a estimulação da coordenação geral e coordenação oculo-manual; a promoção da atenção e memória; e a promoção da relaxação muscular.

Importa igualmente referir que os modelos de intervenção utilizados foram ao encontro dos objetivos definidos e por essa mesma razão foram utilizados modelos distintos, ou seja, utilizou-se o modelo preventivo, educativo e terapêutico em simultâneo.

Procurou-se seguir sempre a mesma estrutura de sessão, com a duração média de 50 minutos, começando com uma conversa informal com os jovens, de modo a perceber a disponibilidade dos mesmos para as atividades planeadas. Foi opção não revelar à priori, a estrutura da sessão, para evitar que os jovens se desmotivassem logo de início, por acharem que não iriam gostar de uma ou outra atividade. De seguida passava-se para uma parte fundamental da sessão, com as atividades principais, onde se procuravam trabalhar os objetivos definidos e por fim, na maioria das vezes, fazia-se uma reflexão sobre a totalidade da sessão. Os jovens apenas abandonariam o espaço, depois de colaborarem na arrumação do mesmo.

**Tabela 5. Objetivos a atingir pelos grupos alvo de intervenção.**

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Avaliação
<b>Área de Intervenção do Grupo1: Competências Sociais – 6 Sessões</b>		
1.1 Organizar tarefas-Inicialização	1.1.1 Explicar uma tarefa previamente fornecida a todo o grupo	Atingido
	1.1.2 Organizar um pequeno jogo dentro da sessão	Não Atingido
1.2 Avaliar o Seu comportamento	1.2.1 Role-play onde o jovem é colocado no papel de técnico e vice-versa. Perceber o Impacto do seu comportamento.	Atingido
	1.2.2 Avaliar o seu comportamento na fase final das sessões.	Atingido
1.3 Competências sociais básicas	1.3.1 Conseguir dar um elogio a um colega	Atingido
	1.3.2 Mostrar gratidão	Atingido
1.4 Alternativas à Agressividade	1.4.1 Manter a calma em situações de frustração	Não Atingido
<b>Área de Intervenção do Grupo2: Competências Escolares - 8 Sessões</b>		
1.1 Manter o foco de atenção	1.1.1 Memorizar e reproduzir tarefas	Parcialmente Atingido
	1.1.2 Rapidez associada à atenção através de jogos	Atingido
1.2 Melhorar o comportamento na sala de aula	1.2.1 Não conversar com o colega sobre assuntos não relacionados com a sessão	Atingido
	1.2.2 Falar apenas quando lhe é dado a palavra	Parcialmente Atingido
1.3 Melhorar métodos de estudo	1.3.1 Elaborar um horário semanal	Não Atingido
	1.3.2 Manter a concentração nas horas de estudo	Parcialmente Atingido
	1.3.3 Jogos relacionados com a matéria de estudo	Parcialmente Atingido
<b>Área de Intervenção do Grupo3: Cooperação/Relações Interpessoais – 5 Sessões</b>		
1.1 Respeitar o tempo do outro	1.1.1 Esperar que todos terminem a tarefa pacientemente.	Parcialmente Atingido
1.2 Cooperação para um fim conjunto	1.2.1 Ajudar quem tem mais dificuldades para ganhar num determinado jogo	Atingido
	1.2.2 Perceber a importância do outro para o próprio	Não Atingido
1.3 Auxiliar o outro	1.3.1 Ajudar o colega que necessite sem esperar retomo	Parcialmente Atingido
<b>Área de Intervenção do SI: Relaxação - 4 Sessões</b>		
1.1 Perceber as causas de stress	1.1.1 Conversar no final das sessões sobre os fatores de stress ao longo da semana	Atingido
	1.1.2 Colocar em tabelas o que lhe causa prazer ou desprazer	Atingido
1.2 Eliminar tensões desnecessárias	1.2.1 Pintar num desenho as zonas de maior tensão	Atingido
	1.2.2 Descontrair músculos não necessários para a tarefa	Parcialmente Atingido
1.3 Falar abertamente sobre o que sente	1.3.1 Falar no final das sessões sobre o que sentiu durante as mesmas, guiado pelo técnico	Atingido
	1.3.2 Falar de forma espontânea sobre o que sentiu ao longo da sessão	Parcialmente Atingido
	1.3.3 Relacionar as atividades propostas com questões do seu dia-a-dia	Não Atingido
<b>Área de Intervenção do JO: Aquisição de conceitos Básicos - 4 Sessões</b>		
1.1 Conhecimento de Cores	1.1.1 Identificar e nomear as cores básicas	Parcialmente Atingido
	1.1.2 Pintar desenhos utilizando as cores pedidas	Não Atingido
	1.1.3 Procurar na sala determinadas cores para tocar	Não Atingido
1.2 Conhecimento de números	1.2.1 Identificar e nomear números até 5	Parcialmente Atingido
	1.2.2 Identificar e nomear números até 10	Não Atingido
	1.2.3 Repetição de uma tarefa por um número de vezes pedida	Não Atingido
	1.2.4 Contar objetos em determinadas atividades da sessão	Parcialmente Atingido
1.3 Conhecimento de figuras básicas	1.3.1 Identificar figuras geométricas básicas	Parcialmente Atingido
	1.3.2 Desenhar figuras geométricas básicas	Não Atingido
	1.3.3 Representar espacialmente figuras geométricas básicas	Não Atingido
1.4 Conhecimento de Direita e Esquerda	1.4.1 Identificar em si qual a sua esquerda ou direita	Parcialmente Atingido
1.5 Competências Sociais Básicas	1.5.1 Esperar pela sua vez para realizar uma tarefa	Não Atingido
	1.5.2 Não falar ao mesmo tempo que o outro	Parcialmente Atingido

Importa por fim referir que os jovens vinham desde a *Casa das Conchas* até ao local de intervenção com o estagiário e de seguida este levava-os de novo à sua casa, tal como será descrito em seguida.

#### **4.5.1 Contexto de Intervenção.**

As sessões realizaram-se em locais variados, dependendo da disponibilidade dos mesmos, objetivos da sessão e meteorologia. As sessões de Psicomotricidade em contexto de ginásio decorreram quase todas elas no alpendre da *Fundação*. Nestas atividades procurava-se fazer atividades que envolvessem maiores movimentos e todas as atividades de grupo. Este espaço era um espaço privilegiado, bem iluminado, contendo grande parte dos materiais necessários para as sessões (tal como descrito no tópico sobre os recursos materiais), longe da entrada da fundação, o que permitia que os jovens não se distraíssem com a entrada de outras pessoas.

Neste mesmo espaço ocorreram ainda as sessões de relaxação, uma vez que era o único local disponível para essa sessão. Com a colocação de colchões, redução de luminosidade e alguma música calma, acabou por se conseguir um bom ambiente para a realização das sessões.

Utilizou-se ainda uma sala do ATL, para atividades que não envolvessem a movimentação de grandes massas musculares, como sendo atividades de mesa (pintar, desenhar, recortar, puzzles, entre outros), sendo esta sala mais acolhedora. Apesar de se localizar num ATL, durante as horas das sessões não existiam outras atividades, o que levou a que houvesse sempre silêncio.

Foram ainda utilizados os campos de futebol e basquete, localizados no exterior do edifício da *Fundação*, para atividades mais coletivas.

Importa ainda referir que algumas sessões decorreram na praia (São Pedro do Estoril), sendo este um espaço que os jovens gostavam bastante, e onde não mostravam grande resistência à realização das atividades, estando sempre motivados.

Apesar de grande parte dos materiais necessários estarem disponíveis na *Fundação*, tornou-se necessário levar outros e adaptar os existentes, de modo a diversificar as sessões.

#### **4.5.2 Atividades.**

As atividades desenvolvidas foram ao encontro dos objetivos traçados para cada grupo de intervenção/jovem, adaptadas às idades de cada um e competências. Pretendeu-se diversificar para manter a motivação. Os tipos de atividades desenvolvidas foram:

- Utilização do diálogo e do jogo, com o objetivo de desenvolver competências pessoais e sociais;
- Circuitos de habilidades motoras;
- Jogos de atenção;
- Jogos em equipa, como futebol e basquete, por exemplo, onde eram introduzidas regras, que deveriam ser cumpridas, com o objetivo de desenvolver competências pessoais e sociais (trabalho em equipa, coordenação), aumentar a autoestima, bem-estar físico e psicológico;
- Relaxação com o objetivo de autorregulação, bem-estar físico e psicológico, sendo que o principal objetivo era aceder a sentimentos que poderiam surgir apenas neste contexto, para se poder refletir sobre os mesmos;
- Jogos de destreza motora;
- Atividades de desenho, corte, contorno de figuras e pintura, com o objetivo de melhorar as questões da motricidade fina;

- *Role-play*, onde muitas vezes colocava os jovens no papel de técnico e pedia para serem eles a explicar as atividades que já conheciam, para os colegas, podendo assim perceber se estes se lembravam de todos os pormenores das atividades e para perceberem a dificuldade que muitas vezes o técnico atravessa quando tenta explicar uma atividade e o grupo não está em silêncio, trabalhando assim alguma resistência à frustração.
- Jogos na praia;

Importa ainda referir que os jovens aprovaram a maioria das atividades propostas, ainda que tenham demonstrado alguma resistência à realização das primeiras atividades das primeiras sessões, onde apresentavam uma postura de desinteresse, contudo foi rapidamente ultrapassada com o decorrer dessas mesmas sessões. No que diz respeito à relação criada com os jovens, penso que se criou uma boa relação terapêutica com todos eles, imperando sempre a boa disposição em todas as sessões.

### **4.5.3 Outras Atividades.**

Para além das atividades realizadas com o objetivo de se atingirem os resultados propostos, existiram ainda outras atividades que me permitiram estar mais próximo dos jovens, sendo elas:

- Idas à praia;
- Conversas informais com os jovens;
- Jogos de vídeo;
- Saídas com os jovens para o exterior, como por exemplo, uma ida à *Feira da Criança* no Estoril, onde acompanhei o grupo de jovens;
- Participação na venda de produtos da *Fundação* em Cascais;
- Colaboração em algumas festas e convívios ao longo do ano;
- Apoio ao estudo a alguns dos jovens.

Algumas destas atividades permitiram ainda estabelecer um outro tipo de relação, mais informal, com a equipa técnica.

### **4.5.4 Balanço da Intervenção.**

Devido à periodicidade pouco regular com que as sessões ocorreram, tornou-se impossível atingir a maioria dos objetivos a que nos propusemos, sendo que por isso não se considerou prioritário perder sessões para efetuar uma avaliação formal e daí apenas ser descrito o balanço da intervenção. Exceção feita ao jovem do Estudo de Caso, que pelo número de sessões realizadas foi realizada a reavaliação final.

Constatou-se ao longo das sessões que houve melhorias em alguns dos jovens nos domínios assinalados como problemáticos.

Os dois jovens alvo de intervenção que apresentavam grandes dificuldades no meio escolar, em termos de atenção e comportamento, apresentaram melhorias significativas, que foram visíveis ao longo do tempo, estando mais aplicados e motivados, o que contribuiu certamente para o seu sucesso escolar no final do ano letivo, uma vez que ambos apresentavam negativas suficientes para reprovar e conseguiram inverter essa situação.

Ao nível da cooperação também se verificaram melhorias ao longo das sessões, uma vez que numa fase inicial os jovens se criticavam mutuamente e criticavam quem errava ou não conseguia fazer as tarefas propostas e numa fase final era notório que se tentavam auxiliar uns aos outros. Isto foi inicialmente conseguido através de atividades onde o sucesso do grupo dependia do sucesso individual de todos os elementos dos grupos.

Ao nível dos resultados obtidos com as sessões de relaxação, pode-se afirmar que foram igualmente positivos. O jovem foi reconhecendo aos poucos que conseguia conhecer e

controlar melhor o seu corpo, tendo conseguido igualmente melhorar o seu controlo respiratório. O principal objetivo das sessões com este jovem, passava por aceder aos sentimentos deste, uma vez que era um jovem muito reservado, com uma história de vida difícil e que não demonstrava ao outro o que realmente sentia. Isso foi conseguido em algumas sessões, onde o jovem, durante as reflexões finais revelou alguns dos pensamentos que ia tendo e memórias difíceis que foram avivadas. Pretendeu-se então refletir sobre estas situações, de modo a resolver em parte os conflitos interiores que o jovem foi acabando por revelar e isso foi em parte atingido, uma vez que as sessões foram muito poucas.

No que diz respeito à intervenção com o elemento mais jovem alvo de intervenção, esta também se revelou importante, apesar de terem ocorrido poucas sessões. Tornou-se sempre difícil cumprir os planeamentos elaborados para as sessões com esta criança e numa fase inicial ‘deixei-me levar’ um pouco por ele, tentando sempre ir interagindo com o mesmo e ir ao encontro dos objetivos traçados. Numa das sessões a criança não quis fazer as atividades propostas e pediu-me para brincarmos com as peças de lego. Após ter acedido pediu-me para o ajudar a construir uma casa grande, onde ele coubesse, revelando assim a grande necessidade destas crianças em ter uma casa só para si, um espaço diferente daquele a que estava habituado. Após algumas sessões este jovem também melhorou em parte o seu comportamento, tornando-se um pouco mais paciente e menos agitado.

Numa fase final da presente dissertação apresentaremos o trabalho desenvolvido ao nível do estudo de caso, onde será referido mais detalhadamente o processo desenvolvido com o jovem alvo de intervenção.

## 5 Estudo de Caso

Para estudo de caso foi selecionado um jovem, com um diagnóstico de Espinha Bífida e assinalado pela equipa técnica como alvo principal de intervenção.

### 5.1 Descrição do Caso

O JI é um jovem de 14 anos que está na *Casa das Conchas* desde o dia 21 de janeiro de 2002 e frequenta o Ensino Especial.

O jovem nasceu na Guiné-Bissau, com lesões várias ao nível do encerramento do tubo neural, com um diagnóstico de Espinha Bífida - Mielomeningocelo, com uma hidrocefalia associada. Logo após o nascimento foi alvo de uma intervenção cirúrgica, para drenagem do líquido cefalorraquidiano em excesso.

O JI tem ainda um irmão a viver consigo na *Fundação*, com o qual mantém uma relação tranquila, ainda que não sejam muito próximos.

Para além do diagnóstico de Espinha Bífida - Mielomeningocelo (défice motor ao nível dos membros inferiores; não tem controlo sobre os esfíncteres), no seu processo clínico também estão sinalizadas: défice cognitivo ligeiro; hidrocefalia; episódios ocasionais de descontrolo físico e agressividade; epilepsia controlada; e depressão (tem apoio pedopsiquiátrico).

O jovem apresentava uma fraca relação familiar, uma vez que durante um ano, recebeu em média apenas 2/3 visitas por parte da sua mãe, vivendo esta situação de forma dolorosa, falando muitas vezes da sua família. Contudo a família aproximou-se nos últimos tempos do jovem e do seu irmão e pretende receber os dois durante os fins de semana, quinzenalmente.

A equipa técnica reconheceu que o jovem necessita de apoio a vários níveis, sendo que aqueles que são mais referidos são o controlo comportamental e os problemas motores. No ano 2011/12 teve Psicomotricidade, natação aos sábados de manhã; atualmente tem terapia da fala e apoio psicológico numa instituição exterior.

A observação informal do jovem iniciou-se em outubro, e foram feitas 30 sessões de intervenção, de cerca de 50 minutos cada. Na avaliação informal foi possível verificar que o jovem se integra bem no grupo, apesar das suas limitações. Os outros jovens vêem-no como um elemento desestabilizador, uma vez que procura constantemente estar em contato (físico e/ou verbal) com o outro. São visíveis os seus problemas a nível motor, sentindo-se posteriormente frustrado por não conseguir fazer algumas das coisas que os outros fazem a este nível. São igualmente visíveis todos os problemas cognitivos, uma vez que não consegue reconhecer algumas cores, letras ou números, por exemplo.

A diretora técnica da *Casa das Conchas* referiu que o jovem apresenta queixas de mau comportamento na escola, uma vez que os técnicos que o acompanham lhe pedem para realizar determinadas tarefas e o jovem, não as conseguindo realizar ou completar, reage de forma agressiva à sua frustração. Os problemas motores são ainda apresentados como queixas e alvo de possível intervenção.

### 5.2 Avaliação Inicial

Para despiste dos problemas apresentados ao nível escolar e de comportamento, optou-se pela utilização da escala ICAFE-C (anteriormente descrita), aplicada a professores e educadores. Relativamente aos problemas motores, optou-se pela utilização da BPM, de modo a traçar o perfil psicomotor do jovem.



Como referido anteriormente, foi aplicado o instrumento ICAFE-C, sendo este preenchido pelos dois educadores do jovem (versão para pais) e pelo professor responsável pelo jovem (versão para professores). Um dos educadores apresentou resultados bastante semelhantes aos indicados pela professora. A professora refere que o jovem apresenta dificuldades em quase todos os domínios avaliados, especialmente ao nível da inicialização, controlo emocional, alternância e organização de materiais, o que vai ao encontro dos dados obtidos pela análise do questionário aplicado a um dos educadores.

Este instrumento foi aplicado de forma informal, uma vez que não está validado para a população portuguesa. Serviu apenas como base para a organização do plano de intervenção, uma vez que alguns dos itens se revelaram pertinentes, como é o caso dos itens: “explode facilmente”, “tem problemas com tarefas que têm mais de uma etapa”, “é impulsivo” e “deixa a secretária desarrumada”, entre outros, cotados como “sempre”, revelando problemas a vários níveis, que poderão ser trabalhados em sessão.

O outro instrumento de avaliação aplicado foi a BPM. A sua aplicação ocorreu em 2 dias, com a duração total de 45 minutos.

Ao nível da *tonicidade*, o jovem apresentou sinais óbvios de resistência, toca com os cotovelos um no outro com bastante esforço e não consegue tocar com o polegar no antebraço correspondente, acusando uma rigidez na mobilização dos segmentos. Podendo afirmar-se que existem sinais de hipoextensibilidade.

Em relação à *passividade*, o membro superior direito revela alguma descontração muscular e uma ligeira sensibilidade no peso do membro. Já o membro superior esquerdo apresenta uma insensibilidade ao seu peso, não sendo capaz de descontrair e dando origem a movimentos voluntários. Ao nível da *paratonia* foi possível verificar um bloqueio e um aumento do tônus que impede a autodescontração necessária ao movimento harmonioso. Quando existia mobilização dos membros superiores a frenagem tónica esteve muito clara, existindo tensões e contrações em torno das articulações. Nota-se que em termos musculares e posturais o jovem é um pouco hipotónico, contudo ao nível das articulações registou-se bastante resistência e rigidez. O jovem apresentou sincinésias de uma forma muito acentuada, principalmente as bucais e algumas contralaterais. Pode-se então afirmar que existem alguns problemas ao nível da seleção dos músculos necessários ao movimento.

Pelo que se pode observar ao nível do *controlo tónico*, podemos afirmar que o jovem apresenta um resultado satisfatório (cotação 2), revelando bastantes dificuldades de controlo. Supõe-se que esta dificuldade advenha da sua problemática de Espinha Bífida-Mielomeningocelo, uma vez que esta afeta a maioria dos nervos espinais, responsáveis pelo movimento e pela regulação tónica indispensável ao mesmo, uma vez que entre eles se encontram as fibras retículo-espinais, comandadas pela formação reticulada e que exercem uma modulação nos padrões reflexos que prepara a atividade postural e cinética.

Relativamente ao fator analisado de seguida, a *equilibração*, Fonseca (2007) afirma que para atingirmos um bom equilíbrio é necessário possuímos um nível tónico adequado, que permita a co-contracção de vários músculos para nos mantermos em posição vertical estável. Na *equilibração* observa-se essencialmente a integração vestibular e proprioceptiva que está envolvida em todos os estados de vigilância. As disfunções posturais afetam todo o tipo de atividade mental e todas as tarefas psicomotoras.

Ao nível do *equilíbrio estático* o jovem não conseguiu permanecer mais de 10 segundos imóvel na posição pedida, mesmo com os olhos abertos. Durante esse curto tempo revelaram-se igualmente bastantes reequilibrações. Ao nível dos restantes itens do *equilíbrio estático* podemos referir que o jovem não conseguiu realizar qualquer uma das tarefas, sendo incapaz de permanecer 5 segundos imóvel em qualquer uma das posições pedidas.

Ao nível do *equilíbrio dinâmico* registaram-se igualmente bastantes dificuldades, não conseguindo fazer nenhuma das atividades. Importa ainda referir que nas atividades de evolução no banco sueco apenas subiu para cima do mesmo com ajuda física, não largando o técnico, revelando bastante insegurança.

Estes problemas poderão estar relacionados com a sua lesão a nível lombar (Mielomeningocelo), que como já foi referido anteriormente afeta em quase todos os casos a mobilidade dos membros inferiores. Grande parte do controlo gravitacional também é regulada pelo cerebelo, que é uma das estruturas mais afetadas pela Hidrocefalia. Uma vez que o jovem apresentou registos desta problemática à nascença, é possível que haja uma certa relação causal a este nível (Fonseca, 2007).

Podemos então afirmar que o JI apresenta resultados fracos (cotação 1) a este nível, revelando uma realização imperfeita, incompleta e descoordenada das tarefas pedidas.

Analisando o terceiro fator psicomotor, a *lateralização*, que para Fonseca (2007) esta está muito ligada à preferência manual do membro superior, por ser o membro que possui maior dissociação motora e por ser o membro que mais contato mantém com o mundo ao seu redor. No entanto, a preferência podal, ocular e auditiva também assume um papel importante na gestão do contato com o meio. *Lateralização* é também sinónimo de organização e especialização hemisférica.

O jovem apresenta um perfil D-D-E-E, o que revela alguns problemas, uma vez que se notou claramente que a lateralidade ainda não se encontra bem definida.

Nota-se alguma hesitação quando lhe é pedido que escreva o seu nome, começando por segurar a caneta com a mão direita, tenta começar a escrever a primeira letra e de seguida passa a caneta para a mão esquerda para terminar a tarefa.

Relativamente à *noção do corpo*, o jovem apresenta resultados satisfatórios (cotação 2). Nomeia algumas partes do seu corpo quando tocado nestas, ainda que só o fez corretamente depois de lhe ser explicado qual seria o seu lado esquerdo e o seu lado direito. Ao nível da autoimagem apresentou bons resultados, uma vez que conseguiu realizar bem a tarefa em quase todas as tentativas. Ao nível da imitação de gestos não conseguiu imitar nenhum dos mesmos.

Quando lhe foi pedido para realizar um desenho de si próprio, fez a tarefa muito rapidamente e não dando grande ênfase aos pormenores, produzindo um desenho bastante simples e incompleto.

Esta subescala revelou-se assim como uma das menos problemáticas para o jovem, uma vez que conseguiu fazer algumas das tarefas pedidas.

Ao nível da *estruturação espaço-temporal*, o jovem revelou um resultado considerado fraco (cotação 1), uma vez que não realizou algumas das tarefas, dizendo logo à partida que não as conseguiria fazer e as que tentou realizar desistiu logo após o começo das mesmas.

Relativamente à subescala de *praxia global*, o JI apresentou uma pontuação de 2 (Satisfatório), contudo este resultado não traduz a realidade observada. Este resultado foi obtido porque um dos itens (coordenação óculo-manual) foi cotado com o valor 3, uma vez que o jovem, conseguiu colocar a bola no cesto 3 vezes, em 5 tentativas, contudo apenas um dos lançamentos foi efetuado de forma controlada, sendo que os restantes me pareceram resultado de alguma 'sorte'.

O jovem realiza os movimentos pretendidos de forma pouco fluida e com uma amplitude indesejada.

No que respeita às tarefas de dissociação, não quis realizar as mesmas e a prova de agilidade não se realizou também, uma vez que tive alguns receios que o movimento pretendido causasse algumas dores ao jovem.

Por fim, e após realizar as tarefas da subescala da *praxia fina*, constatou-se que o jovem apresenta um nível de realização fraco (cotação 1). Demorou cerca de 15 minutos a concluir a tarefa de montar e desmontar uma pulseira com clips, o que é um tempo bastante longo para a tarefa pedida.

Pode-se verificar inclusive ao nível do seu desenho do corpo (Anexo C) a sua dificuldade a este último nível, verificando-se o mesmo quando lhe foi pedido para escrever algumas letras (Anexo D).

Ao nível da velocidade e precisão o jovem apenas conseguiu realizar corretamente sete cruzes e não conseguiu fazer nenhum ponto corretamente, dentro do tempo pedido.

O jovem conseguiu assim a pontuação de 9 na Bateria Psicomotora, o que representa um tipo de perfil *Dispráxico*, associado a défices de aprendizagem ligeiros, contudo não poderemos afirmar que o jovem apresenta este perfil com segurança, visto que a avaliação não seguiu rigidamente o protocolo proposto e além disso o jovem apresenta uma idade superior à data limite do mesmo. Ainda assim mostrou-se fundamental para avaliar em termos gerais as áreas apresentadas como problemáticas aquando da avaliação mais informal.

Importa por fim referir que o jovem revelou bastante fadigabilidade e desinteresse ao longo da realização da prova, uma vez que não conseguia realizar a maioria das tarefas, levando a que se sentisse um pouco frustrado. Ocasionalmente queixou-se ainda de algumas dores ao nível da região onde se localiza a sua lesão.

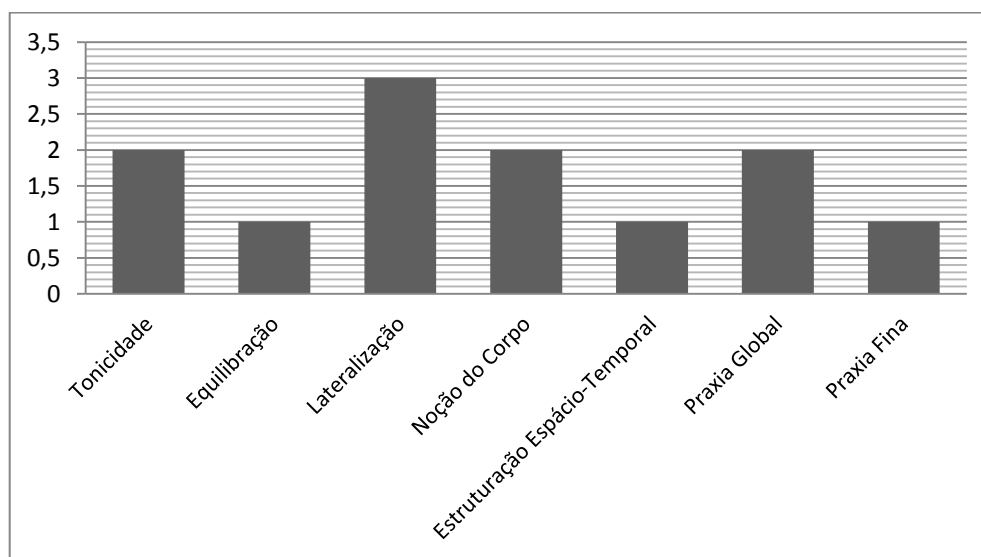


Figura 14. Perfil Psicomotor do JI

Como se pode constatar na figura 15, identificamos então como principais áreas-problema a Equilíbrio, a Praxia Fina, a Estruturação Espaço-Temporal e, embora o gráfico não o demonstre, identificou-se igualmente a Praxia Global como uma das áreas a serem trabalhadas.

### 5.3 Intervenção

Uma vez obtidos os resultados atrás referidos, tornou-se necessário definir prioridades ao nível da intervenção, uma vez que o jovem apresenta problemas em várias áreas e nem todas poderiam ser trabalhadas durante o período de intervenção.

Decidi então conversar com o jovem, em contexto informal, e entre as várias questões que lhe coloquei uma delas era: “se eu fosse o génio da lâmpada, o que é que gostaria

de me pedir para te sentires mais feliz?”. Depois de ter dito que gostava de voltar para casa da sua família e de alguns bens materiais, referiu que gostava bastante de um dia poder ser “jogador de futebol e de poder correr como eles” e também que gostava muito de conseguir “escrever bem, como as outras pessoas”.

Face a esta questão e analisando o seu perfil psicomotor, decidi então centrar a minha intervenção em duas grandes áreas: praxia global e praxia fina, obviamente não esquecendo todas as outras questões reveladas como problemáticas, que serão igualmente alvo de atenção em todas as sessões e igualmente trabalhadas, uma vez que ajudarão a atingir os objetivos principais.

Foi então elaborada a seguinte tabela com os objetivos a atingir ao logo da intervenção, sendo que esta teve um caráter terapêutico e reeducativo.

**Tabela 6. Plano de Intervenção do JI e Registo dos Objetivos Atingidos**

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Avaliação
<b>Área de Intervenção: Praxia Global – 18 Sessões</b>		
1.1 Caminhar sobre uma linha de 10m	1.1.1 Caminhar sobre uma linha de 10m, tocando com o calcanhar do pé da frente na ponta dos dedos do pé de trás, podendo reequilibrar-se 2 vezes, sem ajudas físicas.	Parcialmente Atingido
1.2 Conseguir saltar a pés juntos	1.2.1 Saltar a pés juntos de um arco para outro colocado ao seu lado, 3 vezes, sem ajudas físicas.	Atingido
	1.2.2 Saltar a pés juntos de um arco para outro colocado a 20cm de distância 1 vez.	Não Atingido
1.3. Rematar uma bola de futebol	1.3.1 Rematar uma bola de esponja, fazendo-a passar por entre as pernas de uma cadeira, 5 vezes.	Parcialmente Atingido
	1.3.2 Rematar uma bola de futebol, fazendo-a passar por entre as pernas de uma cadeira 3 vezes.	Atingido
<b>Área de Intervenção: Praxia Fina – 12 Sessões</b>		
1.1 Pintar desenhos	1.1.1 Pintar desenhos grandes, dentro dos limites.	Atingido
	1.1.2 Pintar desenhos pequenos, dentro dos limites	Não Atingido
1.2 Recortar figuras	1.2.1 Fazer recortes de figuras retilíneas.	Atingido
	1.2.2 Recortar figuras curvilíneas.	Parcialmente Atingido
1.3 Escrever Palavras	1.3.1 Contornar linhas retas	Atingido
	1.3.2 Contornar linhas curvas	Atingido
	1.3.3 Contornar letras	Parcialmente Atingido
	1.3.4 Copiar letras	Parcialmente Atingido
<b>Outros Objetivos</b>		
1.1 Nomear cores	1.1.1 Nomear as cores principais, podendo errar 3 vezes, em situação de apresentação.	Parcialmente Atingido
1.2 Caminhar sobre o banco sueco (Equilibração)	1.2.1 Caminhar sobre o banco sueco, de uma ponta à outra, podendo reequilibrar-se 1 vez.	Atingido
1.3 Cumprir regras	1.3.1 Completar um circuito com atividades e obstáculos, respeitando a ordem do mesmo, 2 vezes.	Atingido
1.4 Organização de Materiais	1.4.1 Arrumar parte dos materiais da sessão.	Atingido

### 5.3.1 Tipologia da Sessão.

As sessões com o JI foram bissemanais (4.<sup>a</sup> e 6.<sup>a</sup> feira), com uma duração de 50 minutos cada, em média. Em ambos os dias as sessões tinham o seu início por volta das 17h30.

Importa referir que as sessões das quartas-feiras eram dedicadas a atingir os objetivos propostos ao nível da motricidade global e as das sextas-feiras para trabalhar as questões mais relacionadas com o controlo do movimento fino.

Relativamente às sessões onde se trabalhava a motricidade global, estas realizaram-se maioritariamente no alpendre da *Fundação* e apresentavam uma estrutura base. Estas iniciavam-se com uma conversa informal com o jovem, passando-se de seguida para um momento de ativação geral. Seguidamente surgiria a parte fundamental da intervenção, que neste contexto foi sempre organizada em forma de circuitos de habilidades motoras.

Por fim realizava-se uma atividade mais lúdica, muitas vezes proposta pelo jovem, indo ao encontro de alguns dos seus interesses (e.g. Mini-Basket), terminando a sessão com uma curta reflexão sobre a mesma e com a arrumação do material (Anexo E).

Importa ainda referir que em todas as sessões se tentavam trabalhar outros aspetos, revelados como problemáticos, como a atenção, o controlo comportamental, o respeito por regras, entre outras questões. Apesar de neste dia o foco principal ser o trabalho ao nível mais global da motricidade, não invalida que por vezes não se façam atividades de domínio mais fino, como é o caso da importância para o jovem de driblar uma bola de basquetebol, que sendo um movimento mais global, quando atingido, irá permitir-lhe ter um grau de movimentação maior ao nível das articulações do pulso, o que será benéfico e fundamental para todas as questões relacionadas com o movimento fino ao nível dos membros superiores.

Já as sessões em que se trabalharam as questões da *praxia fina* decorreram numa sala do ATL da *Fundação* e possuíam uma estrutura mais simples. Iniciavam-se com um breve diálogo e passava-se para a parte fundamental, onde eram realizadas as atividades propostas (e.g. Animais 3D). Por fim haveria uma reflexão final, seguida do arrumo de todo o espaço (Anexo F).

Trabalhou-se ainda a questão da pega numa caneta e começou-se por realizar linhas simples, mais retas, contornar linhas, passando em sessões seguintes para linhas curvas, o que exigia um maior esforço para libertar todos os graus de movimento da articulação do pulso, procurando sempre transpor todas estas atividades para a questão da escrita (Anexo G).

A intervenção ocorreu sempre em contexto individual. O jovem fazia o percurso entre a *Casa das Conchas* e os locais de intervenção sempre acompanhado por mim.

Por fim, importa referir que numa fase inicial, o jovem solicitava sempre apoios físicos para a realização de todas as tarefas, revelando bastante insegurança, que foi perdendo ao longo das sessões, uma vez que numa fase final as estratégias mais utilizadas foram apenas: instrução verbal e demonstração.

### **5.3.2 Contextos de intervenção.**

Como foi referido anteriormente, as sessões relativas ao trabalho da motricidade global foram realizadas maioritariamente no alpendre da *Fundação* (todas as que envolviam circuitos e a utilização de muitos materiais), sendo que as restantes ocorreram ainda nos espaços exteriores da *Fundação*, onde se localizam os campos de futebol e basquetebol.

Nestas atividades de ginásio procurava-se fazer atividades que envolvessem maiores movimentos. Este espaço era um espaço privilegiado, bem iluminado, contendo grande parte dos materiais necessários para as sessões (tal como descrito no tópico sobre os recursos materiais), longe de elementos de distração e com o espaço ideal para a organização dos circuitos de habilidades motoras e outros jogos. Permitiu ainda a continuidade das sessões durante os dias de chuva.

A intervenção ao nível da *motricidade fina* ocorreram quase todas elas numa sala do ATL da *Fundação*, tranquila, contendo grande parte dos materiais necessários. Todas as atividades eram de mesa, daí não ser necessário um espaço muito amplo.

Em ambos os contextos referidos não se verificaram interrupções da sessão por parte de elementos exteriores à intervenção, verificando-se sempre um ambiente tranquilo e animado.

## 5.4 Avaliação Final

O jovem foi alvo de uma avaliação final, cerca de 2 semanas após a realização da última sessão. Esta reavaliação durou cerca de 45 minutos, utilizando o mesmo instrumento de avaliação utilizado para a avaliação inicial, a BPM, sendo esta aplicada apenas num dia, sendo que o ideal teria sido fazer uma avaliação final que seguisse os mesmos passos da inicial, contudo isso não foi possível, devido à disponibilidade do jovem, que iria de férias no dia seguinte.

Da avaliação final, não foi considerado pertinente aplicar de novo a escala ICAFE-C, uma vez que os objetivos trabalhados não foram diretamente ao encontro dos problemas observados através dessa escala.

Pode-se afirmar que o jovem demonstrou algumas melhorias ao nível dos domínios trabalhados (*praxia global e praxia fina*).

Passemos então a uma análise mais específica de cada fator Psicomotor.

Ao nível da *tonicidade*, o jovem apresentou o mesmo resultado (Pontuação 2), revelando algumas melhorias ao nível das paratonias, conseguindo relaxar melhor os seus membros e abandonando por momentos o controlo voluntário do movimento.

No que diz respeito ao fator da *equilíbrio*, o jovem apresentou melhorias, passando a ter uma pontuação de 2. Mostrou ser capaz de permanecer imóvel, com os olhos fechados durante cerca de 10 segundos, sendo que na primeira avaliação não conseguiu se quer iniciar a tarefa.

Verificaram-se principais melhorias ao nível do equilíbrio dinâmico, com destaque para o item da marcha controlada, onde o jovem apresentou bastantes melhorias.

Ao nível da evolução no banco sueco, o jovem que inicialmente apenas subia para o banco e andava em cima do mesmo com ajudas físicas, surge nesta avaliação com menos receios, capaz de andar para a frente no banco sem qualquer ajuda física, ainda que necessite de ajuda para subir para o mesmo.

No que diz respeito à *lateralização*, que o jovem apresentou uma alteração do seu perfil, que anteriormente era D-D-E-E e que agora se revelou E-E-E-E, sendo que esta alteração se pode explicar com eventuais problemas corticais, ao nível das ligações inter-hemisféricas, sendo que estas são afetadas pela problemática da qual o indivíduo padece (Espinha Bífida-Mielomeningocelo).

Ao nível da *noção do corpo* não se revelaram melhorias significativas, registando os mesmos resultados que se verificaram na avaliação inicial (Pontuação 2). Mantem um bom desempenho ao nível do item da autoimagem.

A *estruturação espaço-temporal* não foi reavaliada, uma vez que o jovem não quis fazer qualquer uma das tarefas propostas, ainda que tenham sido utilizadas várias estratégias alternativas, sem sucesso.

Relativamente à *praxia global*, podemos referir que não se verificaram melhorias significativas (Pontuação 2), tendo em conta a globalidade dos itens avaliados, contudo verificou-se uma melhoria ao nível do controlo do movimento, sendo estes mais harmonioso e apresentando um controlo métrico mais evidente. Importa ainda referir que o item da Agilidade não foi reavaliado de novo, devido à lesão do jovem.

Finalmente podemos concluir que se verificaram algumas melhorias ao nível da *praxia fina* (Pontuação 2). O jovem mostrou melhores resultados ao nível da coordenação dinâmica manual, reduzindo bastante o tempo de realização da tarefa. Conseguiu

melhorar igualmente ao nível da velocidade-precisão, uma vez que na avaliação inicial não conseguiu fazer qualquer ponto dentro dos espaços pedidos e nesta reavaliação conseguiu fazer 28.

O jovem continua a apresentar um *Perfil Psicomotor Dispráxico*, contudo passou de uma pontuação de 9 para uma de 13.

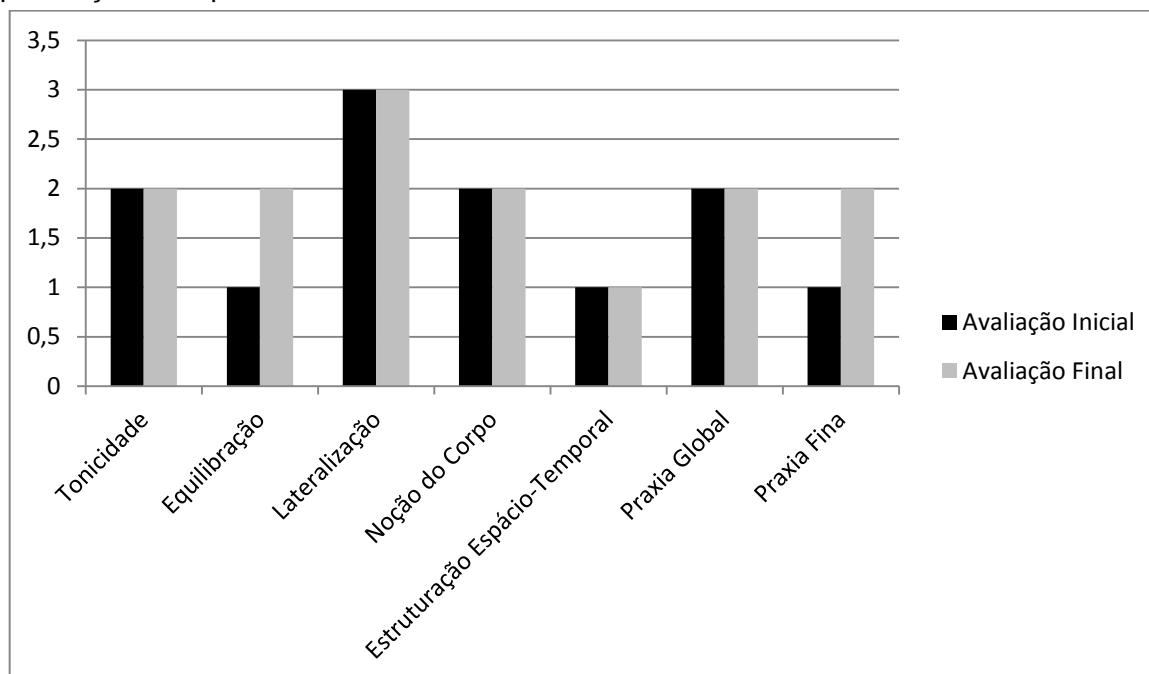


Figura 15. Perfil Psicomotor – Comparação da Avaliação Inicial e Final do Estudo de caso

## 5.5 Balanço do Estudo de Caso

No que diz respeito a todo o processo de estudo de caso podemos dizer que a intervenção psicomotora parece benéfica para o jovem em causa, uma vez que dos 16 objetivos operacionais definidos, 9 deles foram atingidos e 6 parcialmente atingidos, sendo que apenas 1 não foi atingido.

Em termos de frequência das sessões, podemos dizer que regra geral o planeamento foi cumprido, uma vez que se realizaram 30 das 44 sessões possíveis. Destas 30 sessões 18 delas foram destinadas a trabalhar as questões mais relacionadas com a *praxia global*, maioritariamente no alpendre da *Fundação* e as restantes 12 foram reservadas para o trabalho ao nível da *praxia fina*, numa sala do ATL.

Após toda a intervenção e avaliação final, ficou notório que este jovem necessita de continuar a receber apoio a vários níveis. Seria importante ter apoios ao nível da Fisioterapia mais regulares, de modo a melhorar todas as questões relacionadas com a sua *praxia global* e controlo tónico; hipoterapia, com o objetivo de fortalecer algumas das estruturas lesadas ao nível da sua coluna vertebral; natação adaptada, uma vez que a água é um meio privilegiado para se trabalharem questões relacionadas com o movimento, uma vez que nela o peso do corpo é menor, permitindo assim uma maior mobilidade do mesmo. É igualmente fundamental ser seguido ao nível da intervenção Psicomotora, de modo a dar continuidade ao trabalho desenvolvido.

## 6 Conclusão

Começando por referir algumas dificuldades sentidas ao longo deste estágio, posso afirmar, que de um modo geral, não senti grandes dificuldades ou limitações na realização do mesmo, pois tive sempre bastante apoio por parte da equipa técnica da *Casa das Conchas*.

Contudo o facto de não existir nenhum psicomotricista na *Fundação* tornou-se difícil a organização, uma vez que não existia nenhuma figura a supervisionar-me, a referir os erros apresentados ao longo de toda a prática de intervenção e a corrigir-me. Este fato pode não ser totalmente negativo, pois dava-me liberdade para ser mais autónomo na minha organização, planeamento e intervenção, permitindo-me ainda fazer uma reflexão crítica sobre a minha postura nas sessões e sobre organização das mesmas.

Ao nível da organização dos espaços, também existiram alguns problemas, uma vez que estes eram muitas vezes ocupados, inviabilizando a realização de algumas sessões.

Revelou-se igualmente difícil cumprir o planeamento geral de intervenção para os jovens, tendo este de ser algumas vezes alterado numa fase inicial, visto que alguns dos jovens passou a ir a casa aos fins de semana ou começaram a ter outros tipos de apoios ou atividades no exterior da fundação.

O Grupo 2 teve um número reduzido de sessões, uma vez que durante esse processo os dois jovens desse grupo passaram a ter terapia no CADIN, revelando-se impossível encontrar depois um horário compatível com os dois e com o estagiário.

Relativamente ao Grupo 1, este também não teve intervenções regulares, uma vez que esta ocorria sempre aos sábados e a maioria dos elementos passou a ir a casa quase todos os fins-de-semana ao longo do processo de intervenção. O mesmo se verificou com o SI e com o JO.

Relativamente ao outro grupo alvo de intervenção, não houve igualmente uma intervenção regular por incompatibilidade horária entre mim e os jovens, que ocorreu pontualmente, revelando-se igualmente difícil encontrar uma outra hora para a realização da sessão, de modo a repor a mesma.

Em termos de estudo de caso, posso afirmar que as principais dificuldades se prenderam com o nível de motivação do jovem numa fase inicial e com o meu desconhecimento parcial sobre a problemática do mesmo. Por vezes não se realizaram algumas sessões, devido ao facto de não haver espaço disponível para a realização das mesmas. Algumas vezes o jovem saía para o exterior com o grupo durante a hora destinada à sessão, impossibilitando também a realização da mesma.

Terminado o estágio, posso considerar que o balanço foi bastante positivo, tendo realizado aprendizagens a vários níveis, que são, sem dúvida, uma mais-valia para a minha formação, quer profissional, quer pessoal. De acordo ainda com o parecer da orientadora local, bem como dos restantes técnicos da *Casa das Conchas*, a minha intervenção foi bem-sucedida e valorizada.

Numa fase inicial tinha muitas inseguranças e incertezas que, aos poucos, com a ajuda dos diferentes técnicos, se foram esbatendo. Penso que me consegui adaptar ao modo de trabalhar da equipa, tentando ser o mais autónomo possível.

Posso igualmente concluir que a minha intervenção produziu resultados positivos na maioria dos jovens, ainda que a sua evolução positiva não se deva exclusivamente à minha intervenção, mas sim a todo um conjunto de esforços que foram feitos por toda a equipa ao longo do período de intervenção.



Importa igualmente referir que ao longo de todo este processo a especificidade da Psicomotricidade esteve sempre presente na minha forma de intervenção. O jogo e a atividade lúdica foram uma constante, bem como o recurso ao movimento e à vivência da corporeidade.

Posso então concluir que os objetivos do estágio foram cumpridos, pois foi-me permitido:

- a) “Estimular o domínio do conhecimento aprofundado no âmbito da Reabilitação Psicomotora (dirigida às Pessoas com situações de Deficiência, Perturbações e Desordens/Distúrbios), nas suas vertentes científicas e metodológica, promovendo uma competência reflexiva multidisciplinar”, na medida em apoiei 11 jovens, com características e problemáticas variadas, que requeriam diferentes formas de intervenção e porque tive a oportunidade de colocar em prática os conhecimentos adquiridos ao longo da Licenciatura e do Mestrado.
- b) “Desenvolver a capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços e/ou programas de Reabilitação Psicomotora, nos diferentes contextos e domínios de Intervenção”, uma vez que me foi dada uma autonomia quase total, tendo o mesmo papel que teria um Psicomotricista com um contrato de trabalho.
- c) “Desenvolver a capacidade para prestar um contributo inovador na conceção e implementação de novos conhecimentos e novas práticas, bem como no desenvolvimento de novas perspetivas profissionais e políticas, visando o desenvolvimento do enquadramento profissional e científico da área”, mostrando a pertinência da existência de um Psicomotricista numa associação que não possui nenhum técnico nesta área (através do meu trabalho, resultados e feedback dos próprios jovens) e contribuindo com o meu saber relativo à área da Psicomotricidade, adquirido em contexto de Licenciatura e de Mestrado.

Tendo em conta os resultados observados, penso que a *Fundação* deveria ter na sua equipa técnica um profissional da área da Psicomotricidade a tempo inteiro, uma vez que, a quantidade de jovens que necessita de apoios, em toda a instituição, é ainda significativa.

## 7 Bibliografia

Aguiar, M.J.B., Campos, Â. S., Aguiar, R.A.L.P., Lana, A.M.A., Magalhães, R.L., e Babeto, L.T. (2003). Defeitos de fechamento do tubo neural e fatores associados em recém-nascidos vivos e natimortos. *Jornal de Pediatria*, 79(2), 129-134. doi: 10.1590/S0021-75572003000200007

Amado, J., Limão, I., Pacheco, V. e Ribeiro, F. (2003), *A Escola e os alunos Institucionalizados (Políticas de Educação: 16)*, Departamento do Ministério da Educação, Lisboa.

Andrade, K., Nomura, M., Barini, R., Marucci, E. e Ciurcio, M (2010). Diagnóstico pré-natal de Mielomeningocele. In V. R.E. Spers, D. Garbellini e E.A.S. Penachim (Eds.) *Mielomeningocele: O dia a dia, a visão dos especialistas e o que devemos esperar do futuro* (pp. 25-38). São Paulo: Unigráfica Gráfica e Editora Ltda.

Aragon, R., Levi, P., Manghi, L. e Chediak, M. (2001). Acerca de la Ética y el Rol del Psicomotricista. *Psicomotricidad: Revista de Estudios y Experiencias*, 68-69, 31-38.

ASBIHP (2004). *Spina Bífida para Técnicos*. Consultado em dezembro de 2013 e retirado de: <http://www.asbihp.pt/>

ASBIHP (2014). *Cirurgia em recém-nascidos*. Consultado em março de 2014 e retirado de: <http://www.asbihp.pt/wp/?p=89>

CHOP-The Children's Hospital of Philadelphia (2011). *Spina Bífida (Myelomeningocele)*. <http://www.chop.edu/export/download/pdfs/articles/fetal-surg/about-spina-bifida.pdf>

Christofoletti, G., Bela, G., Turolla, R., Serradilha, S., Oliani, M. e Quadros, A. (2007). Alterações Motoras e Sensoriais na Mielomeningocele: relato de três casos. *Revista Saúde*, 9 (22), 53-57

CNPCJR, (2000). Lares de Crianças e Jovens - Caracterização e Dinâmicas de Funcionamento. *Colecção Estudos*. Lisboa: Instituto para o Desenvolvimento Social. Retirado de [http://www.cnpcjr.pt/preview\\_documentos.asp?r=218em=PDF](http://www.cnpcjr.pt/preview_documentos.asp?r=218em=PDF)

Dahlstrand, M., Sundholm, L. e Hedström, G. (2012). Is autonomy related to the quality of performance of everyday activities in children with spina bifida? *Disability & Rehabilitation*, 34(6), 514–521.

Ebert, G. (2011). Mielomeningocele – aspectos neurológicos de uma doença multidisciplinar. *Mielomeningocele*. Parte I-Aspectos Médicos: As Especialidades Médicas Envolvidas e as Visões. p.39-50. São Paulo: Unigráfica Gráfica e Editora Ltda.

Fernandes, A., Silva, B., Lima, C., Capinha, C., Estevão, D., Martins, E., Violete, E... Santos, P. V. (2013). “*Fundação O Século*, da CBIS à FOs – Uma Fábrica de Amor”. [http://issuu.com/699536/docs/revista-2\\_\\_edicao?e=8874838/4128462](http://issuu.com/699536/docs/revista-2__edicao?e=8874838/4128462)

Filly, R.A., Callen, P.W. e Goldstein, R.B. (1997). Alpha-fetoprotein screening programs: what every obstetric sonologist should know. *Radiology*. 188: 1–9.

Fonseca, A. (2004), *Crianças e Jovens em Risco: Análise de algumas questões actuais*. In Alcoforado, L., Fonseca, A., Silva, M., Vieira, C., Vilar, M. (2004), *Crianças e Jovens em risco: da investigação à intervenção*. Coimbra: Livraria Almedina.

Fonseca, V. (2001). *Cognição e aprendizagem*. Lisboa: Âncora Editora.

Fonseca, V. (2005). *Desenvolvimento psicomotor e aprendizagem*. Lisboa: Âncora Editora.

Fonseca, V. (2007). *Manual de Observação Psicomotora. Significações Psiconeurológicas dos fatores psicomotores*. Segunda Edição. Âncora Editora.

Fundação O Século (s/d). Retirado em Novembro de 2012 de: <http://oseculo.pt/>

Gaiva, M., Neves, Á. e Siqueira, F. (2009). O Cuidado da Criança com Espinha Bífida pela Família no Domicílio. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*; 13(4): 717-725, dez. 2009.

Garne E, Loane M, Dolk H, De Vigan C, Scarano G, Tucker D, Stoll C...., Barisic I. (2005). Prenatal diagnosis of severe structural congenital malformations in Europe. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 25: 6–11.

Ghi, T., Pilu, G., Falco, P., Segata, M., Carletti, A., Cocchi, G., Santini, D... Rizzo, N. (2006). Prenatal diagnosis of open and closed spina bifida. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 28: 899–903.

Lagrange, G. (1977). *Manual de Psicomotricidade*. Lisboa: Editorial Estampa.

Lei nº 402/85, de 11 de Outubro. Diário da República nº 234 – I Série. Assembleia da República. <http://www.dre.pt/pdf1s/1985/10/23400/33583359.pdf>

Lei nº. 2/86, 2 de Janeiro. Diário da República nº 1 – I Série. Assembleia da República. <http://www.dre.pt/pdf1s/1986/01/00100/00040007.pdf>

Lei n.º147/99 de 1 de Setembro. Diário da República n.º 204 – I Série-A. Assembleia da República. <http://www.dre.pt/pdf1sdi/1999/09/204A00/61156132.PDF>

Lei n.º 31/2003 de 22 de Agosto. Diário da República n.º 193 – I Série-A. Assembleia da República. <http://www.dre.pt/pdf1s/2003/08/193A00/53135329.pdf>

Lopez-Camelo, J.S., Orioli, I.M., da Graca, D.M., Nazer-Herrera, J., Rivera, N., Ojeda, M.E.,.... Castilla, E.E. (2005). Reduction of birth prevalence rates of neural tube defects after folic acid fortification in Chile. *135*(2); 120-5.

Martins, R (2001a). A Relaxação Psicoterapêutica no Contexto da Saúde Mental – o corpo como ponte entre a emoção e a razão in V. Fonseca e R. Martins, *Progressos em Psicomotricidade*; 95-108; Lisboa: Edições FMH.

Martins, R. (2001b). Questões sobre a identidade da psicomotricidade – As práticas entre o instrumental e o relacional. In V. Fonseca e R. Martins (Eds.), *Progressos em psicomotricidade* (pp. 29-40). Lisboa: Edições FMH.

Martins, R. (2008). Documentos de apoio à cadeira de Fundamentos da Psicomotricidade I da licenciatura em Reabilitação Psicomotora 2008/2009. Faculdade de Motricidade Humana - Universidade Técnica de Lisboa. Documento não publicado.

Martins, S. (2011). Terapia ocupacional em Mielomeningocele. *Mielomeningocele*. Parte II-Aspectos Terapêuticos: Apresentação dos Aspectos Terapêuticos. p.187-194. São Paulo: Unigráfica Gráfica e Editora Ltda.

Matos, M. G., Branco, J. D., Carvalhosa, S. F., Silva, M. N. & Carvalhosa, J. (2005). Promoção de competências pessoais e sociais nos idosos: programa de intervenção na comunidade. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 1 (2).

Maximiano, J. (2004). Psicomotricidade e Relaxação em Psiquiatria. *Revista Psicólogos*, 1 (1); 85-95. <http://www.psilogos.com/Revista/Vol1N1/Maximiano.pdf>

Mitchell, L. E., Adzick, N. S., Melchionne, J., Pasquariello, P. S., Sutton, L. N. e Whitehead, A. S. (2004). Spina bifida. *Lancet*, 364(9448), 1885-1895. doi:10.1016/S0140-6736(04)17445-X

Monteiro, R., Azevedo, L., Sobreiro, R., e Constantino, P. (2012). Autoestima e Resiliência dos Adolescentes da Margem da Linha: Redes de Apoio Social como Fator de Proteção. *Perspectivas Online: ciências biológicas e da saúde*.

NINDS, (2013). Spina Bifida Fact Sheet. NIH Publication, n. 13-309. Junho 2013  
[http://www.ninds.nih.gov/disorders/spina\\_bifida/detail\\_spina\\_bifida.htm](http://www.ninds.nih.gov/disorders/spina_bifida/detail_spina_bifida.htm)

ONU (1989). Convenção dos Direitos da Criança. Ratificada por Portugal em 21 de Setembro de 1990.  
[https://www.unicef.pt/docs/pdf\\_publicacoes/convencao\\_direitos\\_crianca2004.pdf](https://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf)

Ortopedia Infantil (s/d). Desvios da coluna vertebral. Consultado em março de 2013 e retirado de: <http://ortopediainfantil.med.br/desvioscoluna.html>

Poletto, M. e Koller S. (2008). Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. *Estudos de Psicologia*. Campinas, 25(3): 405-416.

Ribeiro, I., Santos, A., Correia, L. (2011). Avaliação das funções executivas em alunos do 2.º Ciclo do Ensino Básico e suas implicações no contexto das aulas de Estudo Acompanhado. *Avaliação de “competências” adquiridas em contextos experienciais*. Universidade do Minho

Rodrigues, A., Gamito, D. e Nascimento, D. (2001). Ecos e Espelhos de Mim – A Psicomotricidade em Saúde Mental Infantil. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 8(2), 49-58.

Rosa, B. (2002). Luxação Congênita do Quadril (LCQ). Consultado em abril de 2013 e disponível em:

<http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaude/fisioterapia/traumato/luxacao/luxacao-quadril.htm>

SACNF (2006). Scientific Advisory Committee on Nutrition. Folate and Disease Prevention: An Update.

[http://www.sacn.gov.uk/pdfs/folate\\_and\\_disease\\_prevention\\_report.pdf](http://www.sacn.gov.uk/pdfs/folate_and_disease_prevention_report.pdf)

Sapienza, G. e Pedromônico, M. (2005). Risco, Proteção e Resiliência no Desenvolvimento da Criança e do Adolescente. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 10, n. 2, p. 209-216.

SBNPed-Sociedade Brasileira de Neurocirurgia Pediátrica (2011). Espinha Bífida e Mielomeningocele. *Revista nacional de reabilitação – reação*. v.70, n.º 81, p.2-3.

<http://www.revistareacao.com.br/website/pdfs/cadernos/81.pdf>

Scardovelli, T., Oliveira, H. e Frère, A. (s/d). Auxílio ao Letramento de Crianças Portadoras de Deficiências Motoras. Universidade de Mogi das Cruzes (UMC) - Núcleo de Pesquisas Tecnológicas (NPT), Mogi das Cruzes, Brasil.

<http://telemedicina.unifesp.br/pub/SBIS/CBIS2004/trabalhos/arquivos/607.pdf>

Sierra, V., Mesquita, M. (2006). Vulnerabilidades e Fatores de risco na Vida de crianças e adolescentes. *São Paulo em Perspectiva*, v. 20, n.º 1, p. 148-155.

[https://www.seade.gov.br/produtos/spp/v20n01/v20n01\\_11.pdf](https://www.seade.gov.br/produtos/spp/v20n01/v20n01_11.pdf)

Simões, C., Matos, M., Ferreira, M. e Tomé, G. (2010). Risco e resiliência em adolescentes com necessidades educativas especiais: Desenvolvimento de um programa de promoção da resiliência na adolescência. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 11(1), 101-119.

[http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1645-00862010000100008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862010000100008&lng=pt&nrm=iso)

Simões, C. (2012). Resiliência, saúde e desenvolvimento. *Aventura Social: Promoção de Competências e do Capital Social para um Empreendedorismo com Saúde na Escola e na Comunidade*, v. 1. Lisboa: Placebo, Editora LDA.

<http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/AVENTURA%20SOCIAL%20VOL%201.pdf#page=22>

Siqueira, M., Lopes, D., Zuccon, A., Farcetta Jr., F. e Viollante Jr., F. (2011). A ortopedia. *Mielomeningocele*. Parte I-Aspectos Médicos: As Especialidades Médicas Envolvidas e as Visões. p.67-80. São Paulo: Unigráfica Gráfica e Editora Ltda.

Soares, L. (2012). A Inclusão de uma Aluna com Espinha Bífida: Transição Entre Ensino Regular, Estrutura Profissionalizante e Mercado de Trabalho - Um Estudo De Caso. *Mestrado em Educação Especial – Domínio Cognitivo e Motor*. Lisboa

Vieira, J. L., Batista, M. I. B. e Lapierre, A. (2005). *Psicomotricidade relacional: a teoria de uma prática (2ª Edição)*. Curitiba: Filosofart Editora.

## 8 Anexos

### Anexo A – Áreas/Problema identificadas pelos educadores a quase todos os jovens da Casa das Conchas

Nomes de Crianças/Jovens	Idades	Áreas/Problema						
		Problemas cognitivos	Problemas Motricidade	Problemas Emocionais	Problemas Comportamento	Relacionamento interpessoal	Problemas de Adaptação social	Problemas de Motivação
AFO (F)	20	SIM	SIM	SIM	Alguns	-	Alguns	SIM
AB (M)	15	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	-	Alguns	SIM
ALO (F)	7	-	-	-	-	-	-	-
CV (M)	17	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	Alguns	SIM
ES (F)	-	NÃO	SIM	SIM	NÃO	SIM. Muito Fechada	Alguns	SIM
EP (F)	15	NÃO	NÃO	SIM	Alguns	NÃO	NÃO	-
FD (F)	-	-	-	-	-	-	-	-
FA (M)	14	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	Alguns	SIM
IS (M)	16	SIM	-	-	-	-	-	-
IA (M)	16	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	-	Não
IAA (F)	16	NÃO	SIM	NÃO	-	-	Alguns	NÃO
JLO (F)	15	-	-	-	-	-	-	-
JV (M)	17	-	-	SIM	-	SIM	SIM	SIM
JO (M)	6	-	-	-	-	-	-	-
JI (M)	14	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
MLA (F)	12	SIM	Limitações ao nível do membro superior esquerdo.	SIM	SIM Comportamento bastante instável	SIM	SIM	SIM
MPC (F)	21	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
MN (F)	14	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
PA (M)	15	-	-	SIM	-	-	-	SIM (Na Escola)
RA (M)	12	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
RUA (M)	14	-	-	SIM	-	-	-	SIM (Na Escola)
SI (M)	15	SIM	-	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
SA (F)	-	-	-	-	-	-	-	-
SLO (F)	13	-	-	-	-	-	-	-
VM (F)	12	NÃO	NÃO	NÃO	Alguns	SIM	SIM	SIM

## Anexo B – Consentimento Informado para Recolha de Imagem



Mestrado Reabilitação Psicomotora

### DECLARAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, Pai/Mãe/Guardião legal/Encarregado(a) de Educação dos jovens residentes na Casa das Conchas, declaro para que os devidos efeitos que autorizo a que sejam feitos registos em gravação Vídeo/Áudio das sessões de avaliação/intervenção em Psicomotricidade, exclusivamente para efeitos de supervisão do trabalho realizado.

Declaro ainda que fui informado(a) de que estas gravações serão utilizadas única e exclusivamente no contexto do trabalho terapêutico realizado, para efeitos de supervisão ou formação profissional e que obtive explicações satisfatórias por parte dos técnicos responsáveis para as questões por mim colocadas acerca deste projeto.

Estoril, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

O(a) Encarregado(a) de Educação,

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Nome Legível

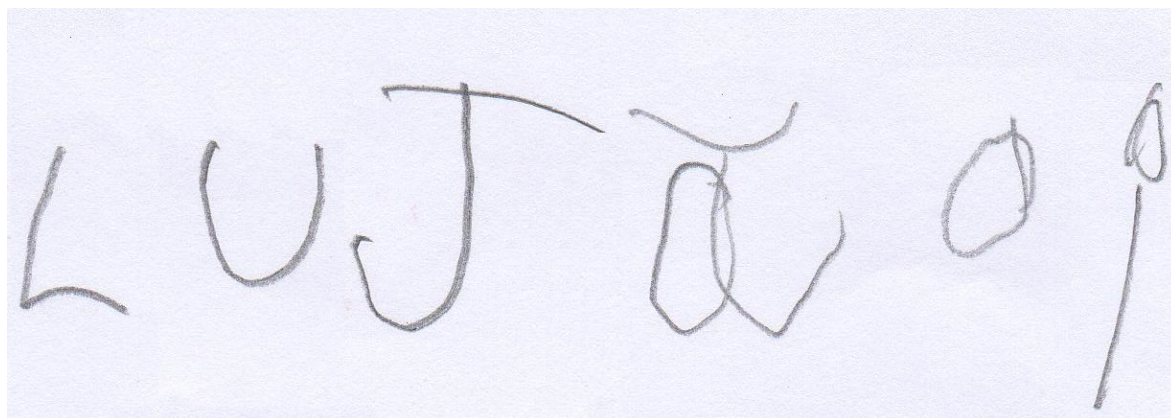
\_\_\_\_\_  
O Estagiário



**Anexo C – Desenho do Corpo feito pelo JI na Avaliação Inicial**



**Anexo D – Algumas Letras escritas pelo JI na Avaliação Inicial**



## Anexo E – Exemplo de Plano de Sessão de Macromotricidade e Respetivas Reflexões



Jovem: JI

Local: Alpendre da Fundação O Século

Horas: 15h30

Dia: 07.01.2013

Atividade	Descrição	Crítérios e Êxito	Objetivos	Obs.
<b>Círculo de Habilidades Motoras</b> (Motricidade Global – Marcha; Equilíbrio; Coordenação Motora; Força)	<p>1 – Depois de montado todo o circuito, pede-se ao jovem que contorne vários objetos, sem lhes tocar, de modo a ir até um ponto pedido.</p> <p>2 – Pede-se então ao jovem que role sobre si lateralmente num colchão, disposto no chão.</p> <p>3 – Depois de se levantar pede-se que suba para cima de um banco sueco e que caminhe de uma extremidade até à outra do mesmo.</p> <p>4 – Posteriormente é pedido ao jovem que caminhe sobre 4 blocos, dispostos em cima de um colchão, de modo a ir de um extremo ao outro do mesmo.</p> <p>5 – Finalmente é pedido que caminhe dentro de arcos (5), dispostos em linha reta, devendo manter a marcha controlada em cima de uma linha (2m), numa fase posterior.</p>	<p>1 – Passar pelos objetos, sem tocar em nenhum deles;</p> <p>2 – Rolar sobre si próprio, sem ajudas, de um lado ao outro do colchão e sem sair fora do mesmo; Deita-se e levanta-se sozinho;</p> <p>3 – Subir para cima do banco (com ajuda apenas na primeira vez); Caminhar de forma controlada sobre o banco sueco, não podendo cair nenhuma vez do mesmo; Descer do mesmo sem ajudas;</p> <p>4 – Caminhar sobre os blocos (4), alternando os apoios, sendo que deve começar com o pé dominante, neste caso o direito e terminando com o esquerdo, podendo apenas colocar uma vez os pés no colchão para se reequilibrar;</p> <p>5 – Andar de forma controlada, colocando os pés alternadamente dentro dos arcos, de forma a caminhar na direção da linha média do seu corpo, podendo apenas por uma vez colocar o pé fora dos arcos para se reequilibrar; Caminhar sobre uma linha reta (2m), colocando o calcanhar do pé da frente em contacto com os dedos do pé de trás, podendo reequilibrar-se duas vezes.</p>	<p>1 – Noção Espaço-temporal;</p> <p>2 – Força Abdominal;</p> <p>3 – Equilíbrio Dinâmico – Evolução no Banco Sueco;</p> <p>4 – Equilíbrio Dinâmico;</p> <p>5 – Marcha controlada – Alternância de Membros.</p>	

*Circuito de Habilidades Motoras:*

**Materiais:**

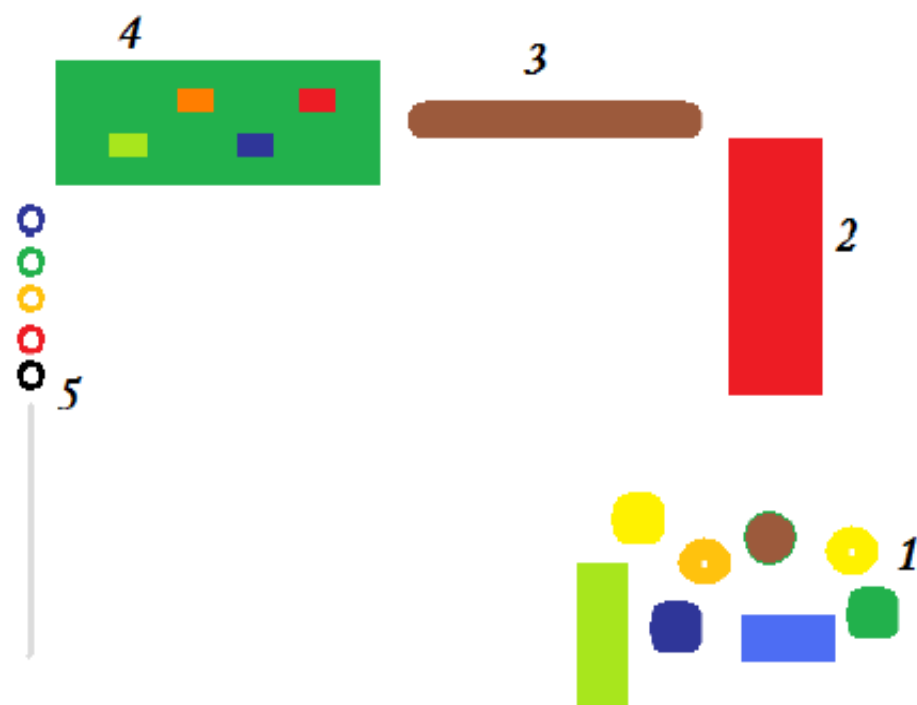
- Banco sueco;
- Colchões;
- Arcos;
- Pinos;
- Bolas;
- Objetos de Esponja variados;
- Placas de Borracha e Cortiça.

**Estratégias:**

- Instrução Verbal;
- Demonstração.

**Tempo:** 30'

*Imagem Ilustrativa:*



<i>Atividade</i>	<i>Descrição</i>	<i>CrITÉrios e Êxito</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Obs.</i>
<b>Mini-Basket</b> (Coordenação óculo-manual)	1 – Depois de colocados dois cestos de papéis a mais ou menos 1,50m um do outro, pede-se que o jovem coloque todas as suas bolas (20) no cesto do adversário e vice-versa, ganhando quem o fizer primeiro.	1 – O jovem deve lançar sempre atrás do seu cesto; Tem de apanhar as bolas do chão, sozinho; Deverá lançar sempre por cima; Tem de colocar a totalidade das bolas (20) no cesto do adversário, sendo por isso indiferente saber quem ganha.	1 – Coordenação óculo-manual; Motricidade Global; Dismetrias.	

*Mini-Basket:*

**Materiais:**

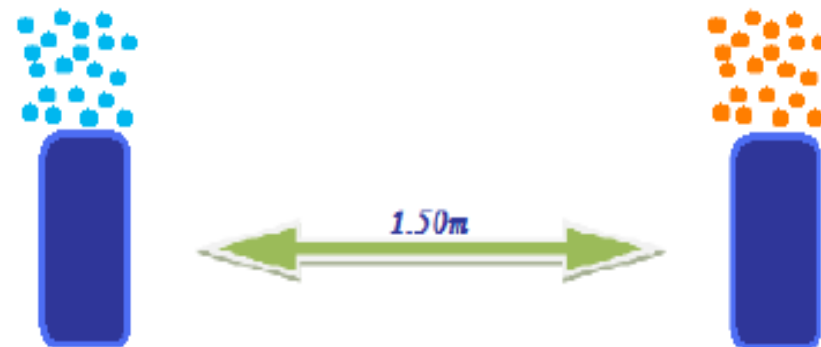
- 2 Cestos de Papéis;
- 20 Bolas Azuis;
- 20 Bolas Laranjas.

**Estratégias:**

- Instrução Verbal;
- Demonstração.

**Tempo:** 20'

*Imagem Ilustrativa:*



## Resumo da Sessão:

### *Atividade 1 (Circuito)*

A atividade foi realizada duas vezes. As estratégias utilizadas na primeira realização foram: instrução, demonstração e suporte físico; sendo que na segunda realização essas estratégias foram suprimidas e apenas houve instruções verbais, apesar de o jovem solicitar constantemente apoio físico.

Analisando o circuito, dividindo-o pelas suas 5 componentes, podemos dizer que:

1- O jovem passou bem pelos objetos dispostos aleatoriamente no chão, sem tocar em nenhum, como lhe fora pedido, obteve então sucesso em ambas as realizações;

2- Apresentou algumas dificuldades neste ponto do Circuito, mais ou nível de perceber o que lhe estava a ser pedido do que na realização propriamente dita. Deitava-se de forma incorreta no colchão e depois não conseguia rolar sobre si mesmo como era pedido. Ainda assim a tarefa foi realizada corretamente e os objetivos foram cumpridos, nas duas realizações, apesar das limitações físicas do jovem;

3- Na primeira realização, subiu para cima do banco sueco com ajuda física e na segunda completamente sozinho, apesar de se ter desequilibrado e caído num primeiro momento. Não apresentou grandes problemas ao nível de equilíbrio, colocando os pés lateralmente ao se deslocar, em vez de verticalmente, o que mostra alguma insegurança por estar num plano mais elevado. Na segunda realização, como não tinha o apoio físico desmotivava e queria abandonar sempre a tarefa, sendo necessário estar sempre a dar-lhe feedbacks positivos constantemente. Apesar das dificuldades sentidas, conseguiu realizar a tarefa com sucesso nas duas realizações;

4- Neste ponto o jovem também apresentou dificuldades, em ambas as realizações, mesmo com apoios físicos na primeira delas. Apresentou dificuldades em manter-se em cima dos blocos, colocando os pés muitas vezes no colchão para se reequilibrar. Apresentou também algumas dificuldades em perceber qual pé teria de colocar em determinado bloco, colocando algumas vezes o pé direito num bloco que se encontrava do seu lado esquerdo. Relativamente a esta tarefa pode-se dizer que o jovem não obteve sucesso na realização da mesma, sendo que se deverá continuar a apostar nesta questão, uma vez que apresenta problemas ao nível do equilíbrio dinâmico;

5- Esteve bem em ambas as realizações, apesar de também apresentar algumas limitações, uma vez que colocou algumas vezes os pés fora dos arcos para se reequilibrar e numa das vezes colocou os dois pés dentro do mesmo arco, o que não era pretendido. Pedi-lhe para dizer que pé avançava, se seria o esquerdo ou o direito e o jovem disse-me que não sabia. Percebi igualmente que lhe estava a exigir demasiadas coisas em simultâneo e decidi nomear eu o pé que ele avançava, para assim para começar a interiorizar um pouco os conceitos. No seguimento da tarefa, teria de caminhar sobre uma linha, de forma controlada, colocando o calcanhar do pé da frente em

contacto com os dedos do pé de trás e assim sucessivamente. O JI desequilibrou-se bastantes vezes, dizendo sempre que não conseguia fazer o que lhe estava a ser pedido e que não gostava de o fazer. Numa primeira realização, com ajudas, conseguiu realizar a tarefa e manter uma postura correta. Este trabalho ao nível da marcha deverá manter-se durante as próximas sessões, já que é uma das principais áreas problema do jovem.

Resumindo, a realização da atividade correu como o planeado, apesar da desmotivação inicial e desinteresse, uma vez que o jovem estava sempre a olhar para o exterior do alpendre. Depois de baixar todos os estores do mesmo consegui manter o jovem na tarefa e a realizar o que lhe era pedido. Não pretendia que o primeiro circuito fosse demasiado exigente para o jovem, procurei que algumas das estações fosse fáceis para o mesmo, de modo a mantê-lo motivado e que outras fossem mais exigentes, apesar de todas elas incidirem em áreas problema do jovem.

### ***Atividade 2 (Mini-Basket)***

Relativamente a esta atividade posso concluir que o jovem gostou muito da mesma, mantendo-se sempre motivado e divertido. O principal objetivo seria que o jovem colocasse as 20 bolas no cesto, não tendo limite de tempo, não interessando muito quem seria o vencedor. Ainda assim percebi que o espírito de competição estava presente na tarefa e que isso motivava o jovem.

O JI, em alguns momentos, conseguiu encontrar boas estratégias para colocar as bolas no cesto, embora a esmagadora maioria das vezes o tenha falhado. Quando falhava raramente foi buscar as suas bolas, principalmente quando estas ficavam do meu lado.

Ao nível da correção de dismetrias posso concluir que o jovem apresenta algumas dificuldades, uma vez que ora atirava as bolas com pouca força, ora a atirava com demasiada força, repetidamente, sendo poucas as vezes em que conseguia adequar a força necessária para lançar à distância a que se encontrava do cesto.

Posso então concluir que a tarefa correu como o esperado e que é uma tarefa que o jovem gosta, devendo manter-se em sessões seguintes ou surgir como atividade motivadora e propulsora de outras que o jovem aprecie menos.

## Anexo F – Exemplo de Plano de Sessão de Micromotricidade e Respetivas Reflexões



Jovem: JI

Local: ATL da Fundação O Século

Horas: 16h30

Dia: 25.01.2013

Atividade	Descrição	CrITÉrios e Êxito	Objetivos	Obs.
Animais 3D (Motricidade Fina)	<p>1 – O Jovem tem de pintar as partes do molde de um dos animais;</p> <p>2 – De Seguida tem de recortar as diferentes partes do seu animal;</p> <p>3 – Pede-se finalmente que cole as diferentes partes num rolo de papel higiénico, para que o animal as tenha no local correto.</p>	<p>1 – Tem de pintar com a cor correta e dentro das linhas limites, podendo sair apenas dos limites quando utilizar uma caneta com um bico mais grosso; não fazendo demasiada pressão com o lápis/caneta, sobre a folha, de modo a não a rasgar;</p> <p>2 – Terá de cortar as diferentes partes do seu animal pela linha de contorno das mesmas;</p> <p>3 – Deve colar as diferentes partes no rolo de papel higiénico, colocando-as no local correto, de modo a obter um animal em 3D.</p>	<p>1/2 - Motricidade Fina</p> <p>3 – Motricidade Fina; Organização Espacial</p>	



### *Animais 3D*

#### **Materiais:**

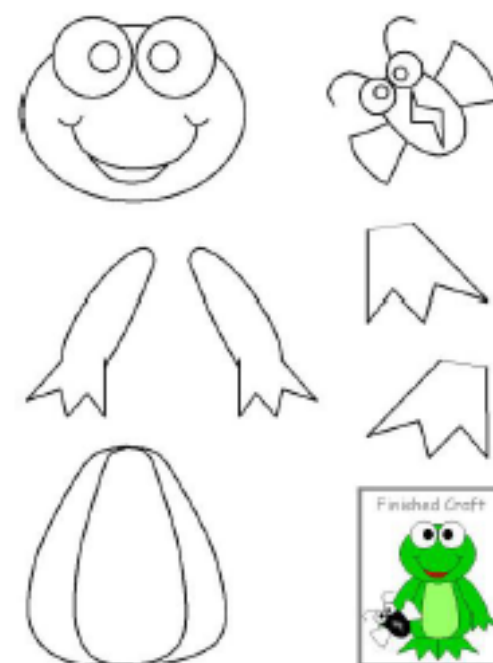
- Rolos de Cartão;
- Canetas/Lápis de cor;
- Tesoura;
- Cola;

#### **Estratégias:**

- Instrução Verbal;
- Demonstração.

**Tempo:** 30'

#### *Imagem Ilustrativa:*



## Resumo da Sessão:

### *Atividade 1 (Animais 3D)*

A atividade correu relativamente bem. O jovem pintou bem o seu desenho, contudo e por estar mais uma vez com alguma tensão por ir passar o fim-de-semana a sua casa decidiu começar a utilizar canetas com um bico mais largo, o que levou a que pintasse a maioria do seu animal fora dos limites do mesmo, o que não era o que se pretendia, para concluir a tarefa mais rapidamente, para voltar para casa. Pintou com as cores certas, ainda que o seu animal não tivesse um grande número de cores diferentes.

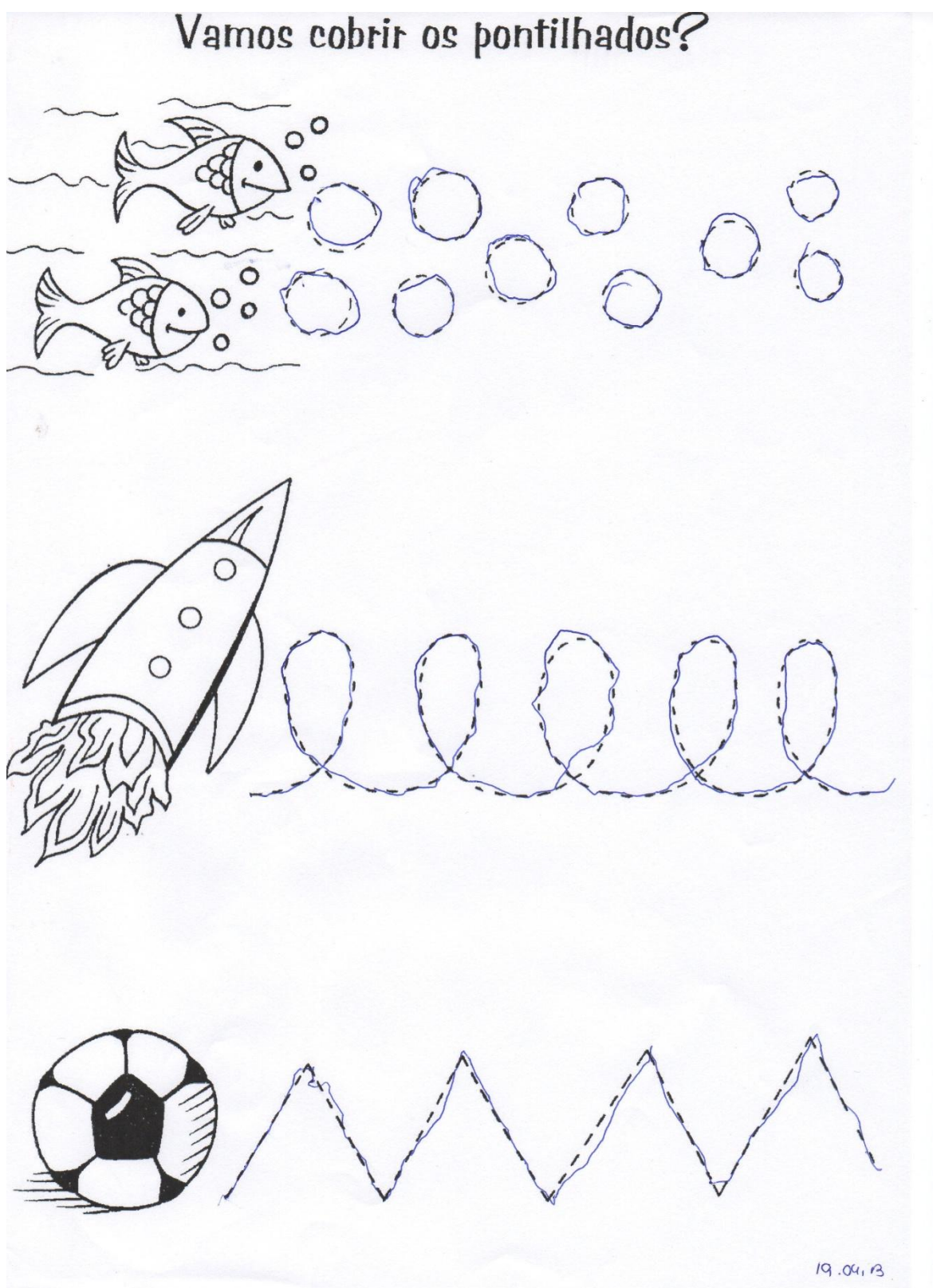
Ao cortar manteve o mesmo comportamento. Cortou as diferentes partes longe da linha limite das mesmas, revelando pouca precisão e algumas dificuldades a este nível mais fino de motricidade. O jovem disse mesmo que detestava cortar com a tesoura.

Ao nível do colar as diferentes partes, o JI colou as mesmas de forma aleatória no rolo. Perguntei-lhe se o animal estaria correto e disse-me que sim. Retirei todas as partes e ajudei-o a coloca-las no local correto. Ficou contente com o resultado final, querendo mostrar aos técnicos da casa.

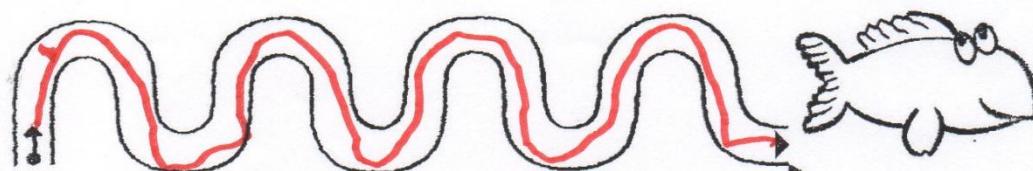
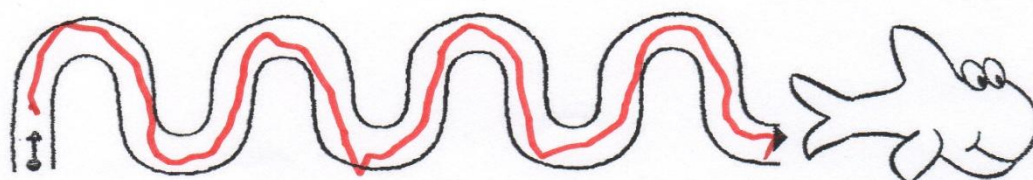
Apesar de a atividade ter corrido relativamente bem penso que coloquei a fasquia demasiado elevada para começar a trabalhar esta competência no jovem. Terei de começar por um patamar mais baixo, como por exemplo cortar simples linhas retas ou curvas ou pintar desenhos com poucos pormenores, ou até mesmo simples atividade de juntar pontos para formar um desenho.



**Anexo G – Exemplos de outras atividades de micromotricidade realizadas**



- O balé dos peixes!  
Percorra o caminho da esquerda para a direita com o dedo indicador.  
Trace os movimentos dos peixes bailarinos com um lápis de ponta fina.



Cubra e complete.





A a



Abelha  
A b e l h a

19.04.2013